

介護保険特定負担限度額認定申請書
(特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請)

フリガナ			保険者番号						1	7	2	0	6	4
被保険者氏名			被保険者番号											
生年月日	明・大・昭	年	月	日生										
住 所	〒 ー 電話番号 ー													
特別養護老人ホームの所在地及び名称	〒 ー 電話番号 ー													
入所する居室の種別	1 ユニット型個室				3 従来型個室									
	2 ユニット型個室的多床室				4 多床室									
入所年月日	年			月	日									
負担限度額申請事由	1 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が80.9万円以下のもの等 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外のもの 3 その他 ()													
(あて先) 加賀市長 上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。 令和 年 月 日 住 所 申請者 電話番号 ー 氏 名														

市 記 入 欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	