

**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	〒 -		電話番号 -					
特別養護老人ホームの所在地及び名称	〒 -		電話番号 -					
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82.65万円以下のもの等 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 -  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	