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 被保険者氏名		保険者番号 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 ２　ユニット型個室的多床室	３　従来型個室 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	