


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							
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号							
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	—					
入所する施設の種類	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								
特定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年額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 ()								
玉村町長 殿 上記のとおり特別養護老人ホームの特定要介護旧措置入所者の認定及び利用者負担額・特定負担限度額に係る減額・免除の申請をします。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 電話番号 —									
									

町記入欄

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