**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）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 保険者番号 |  | 4 | 4 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| フリガナ |  |
| 被保険者 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |  |  |
| 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 |  |
| 特定負担限度申請事由 | 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８０万円以下の者等２．市町村民税世帯非課税者であって、１に該当する以外の者３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 杵築市長　　様上記のとおり食費及び居住費に係る特定負担限度額認定の申請をします。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 |