**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 |