

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経過措置)

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	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 ユニット型準個室 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が年額80万9千円以下のもの等 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()		
<p>苫小牧市長 様</p> <p>上記のとおり食費・居住費に係る特定負担限度額認定の申請をします。</p> <p>また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p>			