

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	被保険者番号																				
	個人番号 (マイナンバー)																				
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別					男・女											
住所	〒																				
		電話番号																		-	-
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	名称																				
	所在	〒																			
		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 (1~4のいずれかに○をしてください)																				
入所年月日	年 月 日 入所																				
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に該当する以外のもの 3. その他 ()																				
介護保険特定負担限度額認定証並びに決定通知書の希望送付先	1. 被保険者住所 2. 上記介護老人福祉施設 (1か2のいずれかに○をしてください)																				
鳥栖地区広域市町村圏組合 管理者 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を申請します。																					
年 月 日																					
住 所																					
申請者										電話番号										-	-
氏 名																					

保険者記入欄

交付年月日	備 考 欄																			
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)																		【 承認 ・ 不承認 】	
適用年月日	市町村民税課税状況 課税 ・ 非課税																			
年 月 日	課税年金収入額 () 円																			
から	合計所得金額 () 円 利用者負担第【 】段階																			
有効期限	担当者	係				係 長				課長補佐				課 長						
年 月 日																				
まで																				