

介護保険特定負担限度額認定申請書
 介護保険利用者負担額減額・免除等申請書
 (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			保険者番号		4	0	6	2	5	6
			被保険者番号							
			個人番号							
生年月日	大・昭 年 月 日		性別	男 ・ 女						
住 所	〒 電話番号									
特別養護老人ホームの所在地	〒 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							
施設名			入所年月日	年 月 日						
決定通知書の送付先	住所	〒 電話番号								
	名前(宛名)									
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()									
みやこ町長 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を申請します。 なお、申請にあたり、私及び属する世帯員の所得状況の調査の必要がある場合、それに同意します。 令和 年 月 日 申請者 (本人) 住所 氏名 電話番号 届出者 氏名 (本人との関係:) 電話番号										

みやこ町記入欄

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	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 新規認定者ですか? <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 「YES」もしくは「NO」 <input type="checkbox"/> 80万円超 <input type="checkbox"/> 80万円以下等 に○をしてください <input type="checkbox"/> 高齢福祉年金受給者 YES NO
有効期限	<input type="checkbox"/> その他(生活保護・境界層) 段階 ・ 却下
年 月 日 まで	

新規認定者の適用年月日は認定日(有効開始日)です