

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		個人番号	
		被保険者番号	
生年月日	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及び名称	〒 電話番号		
入所年月日	年 月 日		
特定負担限度申請事由	1. 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		
佐那河内村長 様 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。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 住所 申請書 氏名 電話番号			

市町村記入欄

交 付 年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
年 月 日	
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	
有 効 期 限	
年 月 日 まで	

介護保険利用者負担額限度・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		個人番号	
		被保険者番号	
生年月日	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及び名称	〒 電話番号		
入所年月日	年 月 日		
<p>佐那河内村長 様</p> <p>上記のとおり特別養護老人ホームの特定要介護旧措置入所者の認定及び利用者負担額に係る減額・免除の申請をします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請書</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>			

市町村記入欄

交 付 年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
年 月 日	
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	
有 効 期 限	
年 月 日 まで	