介護保険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）

市（町村）記入欄

DBH87001

交付年月日

備 考

年 月 日

適用年月日

年 月 日 から

有効期限

年 月 日 まで

フ リ ガ ナ

保険者番号

被保険者番号

被保険者氏名

個人番号

生 年 月 日

性 別

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 以下のもの等

２ 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 を超えるもの等

３ 生活保護受給者または市町村民税世帯非課税者であって、老齢福祉年金受給者等

４ その他（ ）

下郷町長様 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。

年 月 日

住所

申請者

氏名 電話番号