

**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		保 険 者 番 号									
		被 保 険 者 番 号									
個 人 番 号											
生 年 月 日	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 ユニット型準個室		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 ( )										
海陽町長 様 上記のとおり食費・居住費に係る特定負担限度額認定を申請します。  年 月 日  住所 申請者 氏名 印 電話番号											

市(町村)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	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	