

介護保険 特定負担限度額(食費・居住費)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			保険者番号		3	6	2	0	2	0
被保険者氏名			被保険者番号							
			個人番号							
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生	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	〒 _____		事業所番号							
	電話番号 _____									
入所年月日	年 月 日									
入所年月日	1 ユニット型個室 2 ユニット型準個室					3 従来型個室 4 多床室				
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 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当しない 3 その他()									
鳴 門 市 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。なお申請にあたり世帯等の市民税の課税状況等を官公署等に確認することについて、同意します。 平成 年 月 日 住所 申請者 氏名 (印) 電話番号										
申請書を提出する者										
氏名または名称(続柄等)			住所または所在地			〒 _____				
<input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄) <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他(居宅介護支援事業所)			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	課税・非課税の状況	課 税 ・ 非 課 税
年 月 日から	合計所得金額+課税年金収入額	円
有効期限	利用者負担段階	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
年 月 日まで		

受付
入力
担当