様式第41号

|  |
| --- |
| 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 | 　 | 保険者番号 | 　 | 0 | 7 | 5 | 2 | 2 | 6 | 　 |
| 　 |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 　　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 | 〒電話番号　　　　　　　　　　 |
| 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、1に該当する以外のもの3　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 小野町長　　　　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 |
| 申請者 | 住所氏名　　　　　　　　　　印 | 電話番号 |
| 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 |
| 年　月　日から |
| 有効期限 |
| 年　月　日まで |
| 　 |