

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		4	0	2	1	3	1
			被保険者番号							
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	〒		電話番号							
入所する居室の種類	1 ユニット型個室		2 従来型個室							
	3 ユニット型準個室		4 多床室							
入所年月日	年 月 日									
決定通知書の送付先	住所	〒		電話番号						
	名前 (宛名)									
<p>行橋市長 様</p> <p>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。 なお、申請にあたり、私及び属する世帯員の所得状況の調査がある場合、それに同意します。 また、上記送付先へ決定通知を送付すること及び下記の者がこの申請を届け出ること同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p>届出者 氏名 (本人との関係:)</p>										

※ 介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。

市記入欄

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		