

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経過措置)

太枠の中を記入してください。

				区 分	
				新規・更新	
被 保 険 者 氏 名			被 保 険 者 番 号		
フリガナ			個 人 番 号		
生 年 月 日	明・大・昭	年 月 日	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				
特定負担限度額申請事由	1 市民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額 80 万円以下の方等 2 市民税非課税世帯に属する者であった、1 に該当する以外の方 3 その他 ()				
(あて先) 浜松市長 介護保険法施行規則第 172 条の 2 において準用する同規則第 83 条の 6 第 1 項の規定により、上記のとおり食費・居住費に係る特定負担限度額認定を受けたいので、申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 電話番号 () — 氏名					

浜松市 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	受 付	入 力	確 認	備 考
年 月 日 まで				