様式第34号(第18条関係)

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 | 　短期入所（ショートステイ）　利用施設名　※該当する場合は○　　　　　（　　　　　　　　　　　） |
| 特定負担限度申請事由 | 1　生活保護者（境界層該当者）又は市町村民税非課税世帯者の老齢福祉年金受給者2　市町村民税非課税世帯者であって、合計所得と課税年金収入額の合計が年額80万円以下の方3　市町村民税非課税世帯者であって、２に該当しない方4　１～３に該当しない方 |
| 　美里町長　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の申請をします。　　認定に必要とする関係個人情報等について、保険者に提示することを同意します。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　住所　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 |

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 |