

介護保険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		保険者番号		1	5	3	8	5	8
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日		性別							
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 ユニット型準個室		4 多床室						
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、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円を超えるもの等 3 生活保護受給者または市町村民税世帯非課税者であって、老齢福祉年金受給者等 4 その他(_____)								
阿賀町 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。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 住所 _____ 申請者 _____ 氏名 _____ 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	平成 18年度世帯課税状況 課 税 ・ 非課税
年 月 日	老齢福祉年金 有 ・ 無
年 月 日	生活保護 有 ・ 無
から	合計所得金額+課税年金収入額 円
有効期限	上記確認しました。
年 月 日	年 月 日
まで	阿賀町役場 福祉保健課 介護保険係