様式第57号（第31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 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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　　居室の種別 | １　ユニット型個室　２　ユニット型準個室　３　従来型個室　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間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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 久慈広域連合長　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　　　　　　住所　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

　広域連合記入欄（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 |