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）

旧

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		4 6 5 3 5 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	平成　　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、1に該当する以外のもの 3　その他　（　　）			

与論町長　　様

上記のとおり食費および居住費に係る特定負担限度額認定を申請します。

平成　　年　　月　　日

申請者　住所　　電話番号

氏名

※1　施設に住所を設定されている方は、記入不要です。

町記入欄（何も記入しないでください）

交付年月日	備考
年　月　日	（所得分布の状況等を記入） □　実質的負担軽減者　　□　実質的負担軽減者以外
適用年月日	
年　月　日から	□　生活保護受給者・世帯非課税の老齢福祉年金受給者及びこれに準ずると認められる者
有効期限	□　世帯非課税で年金収入等80万円以下の者
年　月　日まで	□　世帯非課税者