

第17号様式(第25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 被保険者氏名											保 険 者 番 号					4	6	2	2	3	4
											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 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()																				
南九州市長 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 氏名 電話番号																					

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	
年 月 日 まで	