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書）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 申請日 | 年　　月　　日 |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 個人番号 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 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  居室の種類 | １　ユニット型個室　　　　　　　　３　従来型個室  ２　ユニット型個室的多床室　　　　４　多床室 | | |
| 入所年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 特定負担  限度額認定  申請事由 | １　市町村民税世帯非課税者等  ２　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| （宛先）川崎市　　区長  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を申請します。  住所　〒  申請者  　　　氏名  電話番号  本人との関係 | | | |

保険者記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |