

**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)

フリカ+ 被保険者氏名			保険者番号		4	2	3	2	2	8
			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女				
住 所	長崎県東彼杵郡				電話番号					
特別養護老人 ホームの所在 地及び名称	〒 所在地：長崎県東彼杵郡 施設名：				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 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 ( )									
川棚町長 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。  令和 年 月 日 住 所 長崎県東彼杵郡 申請者 電話番号 氏 名										

## 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 年 月 日	* 実質的負担軽減者
年 月 日 から	* 利用者負担段階;
有 効 期 限	
年 月 日 まで	