

様式第26号の2(第29条の2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		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	年 月 日	個人番号							
住 所	〒 電話番号 ()								
介護保険施設の所在地及び名称	〒 電話番号 ()								
入所(院)する居室の種別	1 ユニット型個室		4 従来型個室(老健・療養等)						
	2 ユニット型個室的多床室		5 多床室						
	3 従来型個室(特養等)								
入所(院)年月日	年 月 日	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()						
(あて先) 幸手市長 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。 年 月 日 申請者 住所 電話番号 () 氏名									

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	