

## 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	3 0 2 0 6 7						
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	大・昭・平 年 月 日	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	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								
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 ( )								
田辺市長 宛 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。 本申請の認定にあたり必要があるときは、各機関に必要な情報の照会を行なうことに同意します。 令和 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏 名									

## 田辺市記入欄

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	
有効期限	
年 月 日	

※この申請により取得した個人情報、個人情報の保護に関する法律に基づき、適切に取り扱います。