別記様式 27

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	
		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭　　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　　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（　　）		

大曲仙北広域市町村圏組合　管理者　　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。

なお、介護保険負担限度額認定のために必要がある時は、貴職が私及び私の同居している家族全員の所得及び課税並びに世帯状況を照会することに同意し、また承諾を得ていることを申し出ます。

年　　月　　日

住　所

申請者

電話番号

氏　名

被保険者との続柄

（　　）

備　　考