

市町村受付印

広域連合受付印

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）

※太枠内を記入して下さい

フリガナ 被保険者名	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 (入所前の住所を記入)	〒										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	
入所年月日	年		月	日	入所する 居室の種類	1 ユニット型個室	3 従来型個室					
						2 ユニット型準個室	4 多床室					
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、老齢福祉年金受給者など 2 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80.9万円以下の者など 3 市町村民税世帯非課税者であって、1又は2に該当する以外の者 4 その他（ ）											

沖縄県介護保険広域連合長 殿

上記のとおり食事及び居住費に係る特定負担限度額認定の申請をします。

年 月 日

住所
申請者
(本人又は家族) 氏名

電話番号

印 被保険者との続柄

交付年月日	年 月 日	備 考 (市町村記入欄)
有効期限	年 月 日から 年 月 日まで	(所得分布の状況等を記入)

市町村・広域連合記入欄

担当者印	市 町 村		広 域 連 合		備 考
	申請内容確認	電算入力処理	申請内容確認	審 査 結 果	
	・	・	・	1 利用者負担第1段階 2 利用者負担第2段階 3 利用者負担第3段階 4 不承認 (世帯課税)	