

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	1	2	0	2	5
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 生								
介護保険施設の所在地及び名称	〒 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 ユニット型個室的多床室		4 多床室						
入所年月日	年 月 日								
特定負担限度申請事由	1 市長村民税世帯非課税であって、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 市長村民税世帯非課税であって、1 に該当する以外のもの 3 その他 ()								
米子市長 様 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 住 所 申請者 氏 名 Ⓜ 電話番号									

米子市記入欄

交付年月日	年 月 日								
適用期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
処 理 日	入力			発送					
備 考									

介護保険利用者負担額減額・免除等申請書
 (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	1	2	0	2	5
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 生								
介護保険施設の所在地及び名称	〒 電話番号								
入所年月日	年 月 日								
<p>米子市長 様</p> <p>上記のとおり、特別養護老人ホームの特定要介護旧措置入所者の認定及び利用者負担額に係る減額・免除を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p>申請者 氏 名 Ⓜ 電話番号</p>									

米子市記入欄

交付年月日	年 月 日		
適用期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
処 理 日	入力		発送
備 考			