様式第１０号

**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 |  |  |  |  |  | 2 | 9 | 4 | 4 | 9 | 6 |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 |  | 性別 |  |
| 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 |  |
| 特定負担限度申請事由 | 　１　市町村民税世帯非課税者であって、合計所得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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　十津川村長　　様　上記のとおり食費・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　　　　　　　　　　　　　　　（印）電話番号 |

保険者記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |