

様式第 25 号(第 15 条関係)

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	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 () —		
入所する居室の種類	1 ユニット型個室 2 ユニット型個室的多床室	3 従来型個室 4 多床室	
入所年月日	年 月 日		
負担限度額申請事由	1 町民税非課税対象者であって、合計所得金額と課税年金収入の合計額が年額80.9万円以下のもの等 2 町民税非課税対象者であって、1に該当する者以外のもの 3 その他()		
砥部町長 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。 また、私の世帯の課税内容について、調査することに同意します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 () — 氏名			

町記入欄

介護福祉課		税務課	
交付年月日	(決定事項) 1 承認する 2 承認しない 利用者負担段階 1・2・3・4	(所得分布の状況等を記入)	
年 月 日		1 町民税非課税世帯	
適用年月日		2 町民税課税世帯	
年 月 日 から		所得段階	確認者
有効期限		1・2・3・4	
年 月 日 まで			