

介護保険 特定負担限度額認定申請書

フリガナ			保険者番号		0	1	4	2	8	2
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	年 月 日生		個人番号							
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							
入所年月日	年 月 日									
<p>長沼町長様</p> <p>上記のとおり食事に係る特定標準負担額減額を申請します。</p> <p>また、減額の決定に必要な私及び私の世帯員の市町村民税、所得税の課税状況並びに老齢福祉年金、生活保護受給状況について、関係当局等に報告を求めることに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">申請者 印 電話番号</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>										

市町村記入欄

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。