別記様式第２８号（第１６条関係）

**介護保険 特定負担限度額認定申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  | ０ | １ | ４ | ２ | ８ | ２ |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　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  | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号 |
| 入所年月日 | 　　　　　年　　 月　 　日 |
| 長 沼 町 長　様 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。 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。平成　　年　　月　　日住 所申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印 電話番号氏 名 |

市町村記入欄

|  |
| --- |
|  |

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