様式第２８号（第１９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		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	年　月　日	性別	男・女
住所	連絡先		
特別養護老人ホームの所在地及び名称	連絡先		
入所する居室の種別	１　ユニット型個室　３　従来型個室(特養等) ２　ユニット型準個室　４　多床室		
入所年月日	年　月　日		
特定負担限度額申請事由	１　市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額との合計額が年額８０万円以下である者 ２　市町村民税世帯非課税者であって、１に該当する者以外の者 ３　その他（　　）		

（宛先）むつ市長

上記のとおり、食費及び居住費に係る特定負担限度額の認定を申請します。

年　月　日

申請者　住所

氏名　　連絡先

※　市記入欄

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	