

様式第15号(第21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旧措置入所者に関する経過措置)

フリガナ		保険者番号											
被保険者氏名		被保険者番号											
		個人番号											
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女										
住 所	〒 電話番号												
特別養護老人ホームの所在地および名称	〒 電話番号												
入所年月日	年 月 日												
米原市長 様 上記のとおり食費および居住費(滞在費)に係る特定負担限度額を申請します。 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏名 (印)													

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	