

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		保険者番号					4	6	2	0	1	0
被保険者氏名		被保険者番号										
		個人番号										
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女									
住所	(〒 -) 鹿児島市	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	-									
入所する居室の種別	1 ユニット型個室 3 従来型個室 2 ユニット型個室的多床室 4 多床室	入所年月日	年 月 日									
特定負担限度申請事由	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の合計額が年額80万円以下のもの等 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外のもの 3 その他 ()											
<p>鹿児島市長 殿</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 鹿児島市</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号 -</p>												

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	住基確認	住基異動者	利用者負担段階		審査結果	居住費負担限度額	食費負担限度額		円			
年月日から		有・無	1・2・3・4		承認		ユニット型個室	円				
有効期限	老福受給	生保受給	境界層	世帯課税状況	非承認		ユニット型個室的多床室	円				
	年月日まで	有・無	有・無	有・無			課税・非課税	従来型個室(特養)	円			
	有・無	有・無	有・無	課税・非課税		多床室	円					
受付	入力	照合	<input type="checkbox"/> 本人 (□郵送 □オンライン) <input type="checkbox"/> 代理人 (□郵送 □オンライン) 一代理権 <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項等 () <input type="checkbox"/> 使用者									
			個人番号の確認		本人または代理人の身元確認書類							
			個人番号カード		1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 身・精障害者手帳					
			通知カード			2点	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 敬老・友愛パス				
			住民票の写し		()		<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	<input type="checkbox"/> その他 ()				
			その他 ()			()	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証				
			提示が困難		()		<input type="checkbox"/> 後高医療被保険者証	<input type="checkbox"/> 負担割合・限度額証				
			情報提供 NWS 確認済			()	<input type="checkbox"/> その他 ()	()				