　様式第２６（第２８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 |  | 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 | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　）　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　－  鹿児島市 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 鹿児島市長　殿    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。  　　　　　　 年　　　月　　　日  住　所　鹿児島市  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　－  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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）   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 住基確認 | 住基異動者 | 利用者負担段階 | | 審査結果 | 食費負担限度額 | | 円 | |  | 有 ・ 無 | １・２・３・４ | | 承認  ・  非承認 | 居住費負担限度額 | ユニット型個室 | 円 | | ユニット型個室的多床室 | 円 | | 老福受給 | 生保受給 | 境界層 | 世帯課税状況 | 従来型個室(特養) | 円 | | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有・無 | 課税・非課税 | 多床室 | 円 | | | |
| 適用年月日 | |
| 年　月　日  から | |
| 有効期限 | |
| 年　月　日  まで | |
| 受　付 | 入　力 | | 照　合 |
|  |  | |  |