

# 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	カゴシマ タロウ	保険者番号					4	6	2	0	1	0				
被保険者氏名	鹿児島 太郎	被保険者番号					0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
		個人番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
生年月日	昭和 14 年 1 月 1 日															
住所	(〒892-8677) 電話番号 224 - 2222															
	鹿児島市山下町11番1号															
特別養護老人ホームの所在地及び名称	(〒892-1111)															
	鹿児島市〇〇町 特別養護老人ホーム〇〇園 電話番号 222 - 2222															
入所する居室の種別	1 ユニット型個室	3 従来型個室	入所年月日	昭和 60年 2月 2日												
	2 ユニット型個室的多床室	4 多床室														
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に該当するもの等 ③ その他 ( )															
鹿児島市長様 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。 令和 2 年 11 月 1 日 住所 鹿児島市山下町11番1号 申請者 鹿兒島 太郎 電話番号 -																

入所している部屋の種別に丸をする

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	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	ユニット型準個室	円						
年月日まで	有・無	有・無	有・無	課税・非課税	居住費負担限度額		従来型個室(特養)	円						
受付	入力	照合												
			<input type="checkbox"/> 本人 (☐郵送 ☐オンライン) 個人番号の確認 <input type="checkbox"/> 代理人 (☐郵送 ☐オンライン) 個人番号カード 代理権確認 <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 登記事項等 ( ) <input type="checkbox"/> 提示が困難 ( ) <input type="checkbox"/> 使者 ( )											
			本人または代理人の身元確認書類 1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身・障害者手帳 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 敬老・友愛パス <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 2点 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後高医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合・限度額証 <input type="checkbox"/> その他 ( )											
			<input type="checkbox"/> 情報提供NWS確認済											