

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                                                                               |  | 入所年月日  |  | 年 月 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、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額 80.9 万円以下のもの等<br>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<br>3 その他 ( ) |  |        |  |       |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 鹿児島市長 殿<br><br>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。<br><br>年 月 日<br><br>住所 鹿児島市<br>申請者 電話番号 -<br>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) |       |                                                                                                                                                                 |        |                |          |             |   |  |  |  |  |  |
| 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<br>・<br>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 |  |  |  |  |  |
| 有効期限  | 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 |  |  |  |  |  |
| 年月日まで | 有・無           | 有・無   | 有・無                                                                                                                                                             | 課税・非課税 |                |          | 多床室         | 円 |  |  |  |  |  |
| 受付    | 入力            | 照合    |                                                                                                                                                                 |        |                |          |             |   |  |  |  |  |  |
|       |               |       |                                                                                                                                                                 |        |                |          |             |   |  |  |  |  |  |
|       |               |       | □ 本人 (□郵送 □オンライン)<br>□ 代理人 (□郵送 □オンライン)<br>→代理権 □同一世帯の親族<br>確認 □介護保険被保険者証<br>□委任状<br>□登記事項等 ( )<br>□ 使用者                                                        |        |                |          |             |   |  |  |  |  |  |
|       |               |       | 個人番号の確認<br>□ 個人番号カード<br>□ 通知カード<br>□ 住民票の写し<br>□ その他 ( )<br>□ 提示が困難<br>( )                                                                                      |        |                |          |             |   |  |  |  |  |  |
|       |               |       | 本人または代理人の身元確認書類<br>1 点 □ 個人番号カード □ 身・精障害者手帳<br>□ 運転免許証 □ 敬老・友愛パス<br>□ 介護支援専門員証 □ その他 ( )<br>2 点 □ 介護保険被保険者証 □ 健康保険被保険者証<br>□ 後高医療被保険者証 □ 負担割合・限度額証<br>□ その他 ( ) |        |                |          |             |   |  |  |  |  |  |