

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	(〒 -) 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 ()																	
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)																	
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	居住費負担限度額	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	円	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	円	円			従来型個室(特養)	円								
	有・無	有・無	有・無	課税			円	円	多床室	円								
受付	入力	照合		<input type="checkbox"/> 本人 (<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> オンライン) <input type="checkbox"/> 代理人 (<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> オンライン) 一代理権 <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 確認 <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"/> 使者														
				<input type="checkbox"/> 情報提供 NWS 確認済		個人番号の確認		本人または代理人の身元確認書類										
						<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 提示が困難 ()		1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身・精障害者手帳 <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 ()										