

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 82.65 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 ・ 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) □ 代理人 (□郵送 □オンライン) →代理権 □同一世帯の親族 確認 □介護保険被保険者証 □委任状 □登記事項等 () □ 使用者										
			個人番号の確認 □ 個人番号カード □ 通知カード □ 住民票の写し □ その他 () □ 提示が困難 ()										
			本人または代理人の身元確認書類 1点 □ 個人番号カード □ 身・精障害者手帳 □ 運転免許証 □ 敬老・友愛パス □ 介護支援専門員証 □ その他 () 2点 □ 介護保険被保険者証 □ 健康保険被保険者証 □ 後高医療被保険者証 □ 負担割合・限度額証 □ その他 ()										