

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	462010									
被保険者氏名	鹿児島 太郎	被保険者番号	0000000000									
		個人番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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 〇〇〇〇 入所している部屋の種別に丸をする - 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。												
令和 年 月 日												
住 所 鹿児島市山下町11番1号												
申請者 氏 名 鹿児島 太郎 電話番号 -												

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			
							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	非承認			従来型個室(特養)	円		
	有・無	有・無	有・無	課税・非課税				多床室	円		
年 月 日 まで											
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) →代理権確認 ☐ 同一世帯の親族 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 委任状 ☐ 登記事項等 () ☐ 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 ()

☐ 情報提供NWS確認済☐ 使 者