

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 ）

（ 要介護 1・2・3・4・5 ）

| | | | | | | | | | |
|----------------|--|---------|-------|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ 被保険者氏名 | | 保険者番号 | 苫小牧市 | 0 | 1 | 2 | 1 | 3 | 8 |
| | | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| | | 個人番号 | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日生 | 性別 | 男・女 | | | | | | |
| 被保険者住所 | 〒 _____ 電話番号 _____ | | | | | | | | |
| 介護保健施設所在地と名称 | 〒 _____ 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 | | |
| 負担限度額申請事由 | 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(_____) | | | | | | | | |

苫小牧市長 様

上記のとおり食費・居住費に係る特定負担限度額認定の申請をします。

また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査することに同意します。

令和 年 月 日

住所 苫小牧市 町 丁目 番 号

申請者

電話番号

氏名

(代筆者氏名)

※苫小牧市記載欄 (カード確認・職権記載)

| | | | | | |
|----------------------|--------------------------------|-----------|--|-----|-----|
| 申請種類 | 新規申請 ・ 変更申請 ・ 更新申請 | | | | |
| 判定要件 | 高齢福祉年金受給有無 | あり・なし | | | |
| | 生活保護受給有無 | あり・なし | | | |
| | 市民税課非:世帯 | 課税 | 非課税 | 未確定 | 未申告 |
| | 市民税課非:本人 | 課税 | 非課税 | 未確定 | 未申告 |
| | 境界層該当 | あり・なし | | | |
| 利用者負担段階 | 第 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6) 段階 | | | | |
| 決定区分 | 食費 | 利用者負担割合 | 居住費 | | |
| | () 円 / 日 | () / 100 | () 円 / 日 | | |
| 有効期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | | |
| 認定証交付年月日 | 令和 年 月 日 | 未交付 | <input type="checkbox"/> 市道民税課税世帯につき該当しない <input type="checkbox"/> その他(_____) | | |
| 上記のとおり決定し、通知してよろしいか。 | | 【備考】 | | | |
| 決裁 | 課長 | 課長補佐 | 係長 主査 係 | | |
| . . | | | | | |

受付印