

介護保険特定負担限度額、利用者負担額減額・免除等認定申請書

(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)

代理申請者	本人申請の場合記載不要	委任状	私は、左記の者にこの申請を委任します。 (家族の場合記載不要)
	住所： 電話番号： () 氏名： (本人との関係：)		被保険者 本人氏名 (印) (本人自署の場合は押印不要)

フリガナ		保険者番号	1 9 2 0 1 3
被保険者氏名 (印)		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
住所	〒	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 ()	
入所する居室の種類	1 ユニット型個室 2 ユニット型個室的多床室	3 従来型個室 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 ()		
(あて先) 甲 府 市 長		令和 年 月 日	
<p>上記のとおり特別養護老人ホームの特定要介護旧措置入所者の認定、食費・居住費に係る特定負担限度額及び利用者負担額の減額・免除等を申請します。</p> <p>なお、この申請の認定決定にあたり、私及び私の属する世帯の世帯員の老齢福祉年金受給情報・生活保護受給情報・市民税課税情報を調査することに同意します。</p>			

保険者記入欄

所得状況区分	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 ()
--------	--

特定負担限度額・利用者負担額減額免除			決定	令和 年 月 日		
受付	減額・減免状況		交付年月日	年 月 日	介護保険課	
	食費(日額)	居住費(日額)	適用年月日	年 月 日 から	担当	係長
	円	円				
	全額自己負担	全額自己負担	有効期限	年 月 日 まで		
					95/100	
			97/100			
			100/100			