

# 記入例

①

## 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)

保険証と同じ内容を記入してください。

フリガナ											保険者番号	452029												
被保険者氏名											被保険者番号												0	0
											個人番号													
生年月日	明	・	大	・	昭	年		月		日	性別	男 ・ 女												
住所	〒																							
	電話番号 ( )																							

入所している施設の住所・名称及び入所している部屋の種類、入所年月日を記入してください。

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					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									

該当するものを1つ〇で囲んでください。

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 ( )																			
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※日付は記入しないでください。

都城市長 あて

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。

なお、申請にかかる課税状況については、地方税法に基づく住民税の課税資料により確認することに同意します。

年 月 日

被保険者の住所、氏名を記入し、印鑑を押してください。(スタンプ印等は使用しないで)

住所											電話番号 ( )										
申請者(被保険者)氏名											印										

市記入欄のため、記入しないでください。

市記入欄			備 考	
交付年月日	年 月 日	所得の分布状況	特定負担限度額認定事項	
適用年月日	年 月 日から	(1) 所得、年金収入等 ( 円)	利用者負担第	段階
有効期限	年 月 日まで	(2) 保護申請却下通知書	実質的負担軽減	有・無
		(3) 公簿(生保・世帯非課税・老齢福祉年金)	食費	円
		(4) 却下 ( )	居住費	円

上記申請のとおり決定してよろしいか。

課 長	副課長	副主幹	担 当	決定通知
				—