

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)

新規・更新・変更

	個人番号									
被保険者名前					被保険者番号					
フリガナ										
					生年月日					
					年 月 日					
被保険者住所										
市			町			丁目			番	号
						番地			電話番号 ()	-
特別養護老人ホームの名称					入所年月日					
					※現在の入所日を記入してください。					
					年 月 日					
特別養護老人ホームの所在地 (被保険者の住所と異なる場合のみ記入してください)										
〒 -										
市			町			丁目			番	号
						番地			電話番号 ()	-
入居する居室の種別 (入居日)										
<input type="checkbox"/> ユニット型個室 (入居日 年 月 日)					<input type="checkbox"/> 従来型個室 (入居日 年 月 日)					
<input type="checkbox"/> ユニット型個室的多床室 (入居日 年 月 日)					<input type="checkbox"/> 多床室 (入居日 年 月 日)					
特定負担限度額認定申請事由										
<input type="checkbox"/> 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80万円以下のもの										
<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、上記に該当する以外のもの										
<input type="checkbox"/> その他 ()										
<p>福山市長様</p> <p>特別養護老人ホームの食費及び居住費に係る特定負担限度額の認定を申請します。 なお、この申請に関して、私の世帯の所得、課税状況及び年金収入金額、老齢福祉年金及び生活保護の受給の有無、入所している居室並びに旧措置入所者の有無について調査することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 市 町 丁目 番 号</p> <p>申請者 番地</p> <p>(被保険者) 名前 印 電話番号 () -</p>										

※ 福山市記入欄 (この欄は記入しないでください)

受付時確認欄		審査・入力等確認欄		
区分	名前・施設等名称	交付年月日	適用年月日	有効期限
<input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> 上記施設 <input type="checkbox"/> その他 ()	(名前)	年 月 日	年 月 日 から	年 月 日 まで
	(施設等名称)			
受付	関係書類等確認欄	オンライン	照合	備考
支所出張所 受付者名	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税(課税)証明書 (原本) ※ 該当者のみ <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金の受給者証 (写し) <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証明書 (原本)			(所得分布の状況等を把握)