

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 被保険者氏名		保険者番号	1 8 2 0 6 3		
		被保険者番号			
		個人番号			
生年月日		性別			
住 所	〒 電話番号				
介護保険施設の住所及び名称(※)	〒 電話番号				
入所する居室の種別	1 ユニット型個室 2 ユニット型準個室		3 従来型個室 4 多床室		
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 ()				
勝山市長 様 上記のとおり食費・居住費に係る負担限度認定の申請をします。 令和 年 月 日 住所 〒 申請者 氏名 電話番号					

市(町村)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	生保		老福		利用者負担段階
年 月 日					
有効期限	合計所得金額		円	交付	<input type="checkbox"/> 窓口渡し <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 入力済
年 月 日					

窓口確認欄

番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 ()		本人確認 (□代理人) 1 点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身・精・療) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
代理権確認 ※本人および同居の親族の申請の場合不要 法定代理人 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 資格証明 <input type="checkbox"/> その他 ()		2 点 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
委任代理人 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 官公庁から本人に発行された書類		No	