

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：		被保険者
	電話番号：（ ）		本人氏名 ㊟
氏名：（本人との関係： ）		（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	㊟	被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女						
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		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								
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

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。

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。

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)	給付率	適用年月日	年 月 日	担当	係長	課長
円	円	90/100	有効期限		から			
全額自己負担	全額自己負担	95/100		100/100	年 月 日	まで		
		97/100						