

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								
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 80.9 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 80.9 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	長 寿 介 護 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		から			
	全額自己負担	全額自己負担	95/100	有 効 期 限	年 月 日			
			97/100		まで			
		100/100						