

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			保険者番号				4	0	2	0	3	2
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	個人番号							
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 ユニット型準個室			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に該当するもの 3 その他()											
久留米市長 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。 年 月 日 〒 申請者(委任者) 住所 氏名 電話番号												
この申請に係る手続きを下記の者に委任します。(本人が申請する場合は記入不要です)												
受任者	住所											本人との関係()
氏名												電話番号

市記入欄			
交付年月日	備考		
年 月 日	(所得分布の状況等を記入) <input type="checkbox"/> 第1段階(非課税老福・生保) 1日につき()円) <input type="checkbox"/> 第1段階(非課税老福・生保) 1日につき300円 <input type="checkbox"/> 第2段階(非課税80万以下) 1日につき390円 <input type="checkbox"/> 第3段階(非課税80万超) 1日につき650円		
適用年月日			
年 月 日	番号確認: 個・通・住・シ・職・()		
から	本人確認: 介・CM・個・運・旅・障・保・年・間・()		
有効期限			
年 月 日			
まで			

受付	審査	入力