様式第20号(第20条関係)

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 | |  | | | |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者番号 | |  | | | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | | | | | | | | 性別 |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所する居室の種別 | | １　ユニット型個室　　　　　　　３　従来型個室  　　２　ユニット型個室　　　　　　　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(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 山梨県都留市長　　様  上記のとおり食費・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 | 住所  氏名  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

市　記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
|  | （所得分布の状況等を記入） |
| 適用年月日 |
|  |
| 有効期限 |
|  |