介護保険特定負担限度額認定兼利用者負担額減額・免除等申請書

記入例

(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)

介護保険被保険者証に記載された番号をご記入ください。

（あて先）千葉市　　　　　区長　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和○○年○○月○○日

　次のとおり申請します。

被保険者氏名を代筆した場合は押印してください。

提出する日付をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者** | 被保険者番号 | １ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  | |  |  | |
| フリガナ | チバ　タロウ | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 千葉　太郎  **（※）本人が手書きしない場合は記名押印してください。** | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　○○　年　○○　月　○○　日 | | | | | | | | | 性別 | | | 男　・　女 |
| 住所 | ○○市○○区○○町○－○－○ | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号　　　　　　　○○○　－　○○○　－　○○○○ | | | | | | | | | | | | |
| 電子メールアドレス　　　　○○○○○　＠　○○○○○ | | | | | | | | | | | | |
| **施設関係** | 入所(院)施設  所在地・名称  ・電話番号 | （〒　○○○　－　○○○○　）　　電話番号　○○○　－　○○○　－　○○○○  ○○市○○区○○町○－○－○  特別養護老人ホーム○○○園 | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院) 日 | 昭 ・ 平 ・令 ○○年　○○　月　○○　日 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **収入等に**  **関する申告** | □ | 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者、生活保護受給者 |
| ☑ | 市町村民税世帯非課税であって、  課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額８０万円以下です。 |
| □ | 市町村民税世帯非課税であって、  課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額８０万円を超えます。 |

**提出者が被保険者本人の場合には、下記については記入不要です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 提出代行者  所在地・名称  ・電話番号 | ○○区○○町○○番地  手書きしない場合は記名押印してください。  社会福法人○○会  特別養護老人ホーム○○苑  ０４３－１２３－１２３４  （注）提出代行者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区処理欄 | 決定事項 | | 利用者負担段階 | 食　費 | 給付率 |
| 承認　・　承認しない  区処理欄には何も記入しないでください。 | | 第　　　　段階 | 円 | ／１００ |
| 居住費  （日額） | ユニット型個室 | ユニット型個室的多床室 | 従来型個室 | 多床室 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |
| 決定年月日 | 適用年月日 | 有効期限 | 交付年月日 | 生活保護 |
| ．　　． | ．　　． | ．　　． | ．　　． | 有　・　無 |