

# 介護保険 特定負担限度額認定申請書(旧措置)

この申請書は、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手続きに使用します。

## <申請者> (介護保険の被保険者)

北見市長 様		(申請日)		年	月	日
次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。						
フリガナ		生年月日		年	月	日
氏名	署名	個人番号				
		日中連絡先	-	-		
住所	(建物名等)	被保険者番号				
要介護区分	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					

## <特別養護老人ホーム>

入所年月日	年	月	日
名称	所在地		
入所する居室の種別	<input type="checkbox"/> ユニット型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型準個室 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> 多床室		

## <提出代行者> (被保険者本人以外が提出する場合に記入してください)

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名	署名	日中連絡先	-	-	
		住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (記入不要)		続柄
	(建物名等)				

## 北見市使用欄

生活保護	老福受給	境界層	住民税 本人	住民税 世帯	費用徴収基準月額	限度額	利用者負担
有・無	有・無	有・無	課税・非課税 未確定・未申告	課税・非課税 未確定・未申告			%
課税者の氏名			世帯非課税対象者の収入額		宛名番号	備考	
			(合計所得+課税年金収入) 円				

負担限度額認定結果 (円/日)					
利用者負担段階	1. 第1段階	2. 第1段階	3. 第2段階	4. 第3段階	5. 第4段階
食費限度額	0	300	390	650	不承認
居住費限度	ユニット型個室	820		1,640	
	ユニット型準個室	0		490	
	従来型個室			420	
	多床室			320	
0					

本人確認	確認	入力	認定証
①番・免・パ・手帳 他( )	交付年月日 年 月 日		
②証・年金・児童・ バス・社員・学生 他( )	有効期限 年 月 日		
③ヒア	まで		

