

京都市介護保険境界層届出書

届出者の住所、氏名を記入してください。

境界層届出書

届出年月日を記入してください。

(宛先) 京 都 市 長	令和2年 4月 1日
届出者の住所 京都市中京区〇〇〇	届出者の氏名 京 都 太 郎

介護保険に係る境界層に該当していますので別紙

被 保 険 者	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者と同じ	電話 075-111-1111				
	フリガナ	キョウト タロウ	被 保 険 者 番 号	10001-00000			
	氏 名	京 都 太 郎		生 年 月 日	昭 和 2 0 年 1 月 1 日		
	性 別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					

被保険者の住所、氏名、電話番号、被保険者番号、性別のチェック、生年月日を記入してください。被保険者の住所が届出者と同じ場合は「届出者と同じ」のチェックボックスにレ点を入れることで、記載を省略することができます。

注1 該当する□には、レ印を記入してください

注2 この届出書には「生活保護決定通知書」を添付してください。

※以下の欄は記入しないでください。

上記の届出について、下記のとおり境界層を		「生活保護決定通知書」には、「境界層該当」に関する記述があることを確認してください。			
年 月 日開始	課長	課長補佐・係長	係員		
年 月 日終了	(給付)	(賦課)	(給付)	(賦課)	
種 類	内 容		適用期間	電算入力	
<input type="checkbox"/> 給付額減額等の記載	3割(4)負担⇒1(2・3)割負担				
<input type="checkbox"/> 居住費(滞在費)	/日⇒ /日		・ ・ ~ ・7・31		
<input type="checkbox"/> 食費	/日⇒ /日		・ ・ ~ ・7・31		
<input type="checkbox"/> 高額介護サービス費	/月⇒ /月		・ ・ ~ ・7・31		
<input type="checkbox"/> 介護保険料(年度)	段階⇒ 段階		・ ・ ~ ・3・31		