

介護保険利用者負担額減免及び特定負担限度額認定申請書

申請者の住所、氏名を記入してください。

申請者の住所
京都市中京区〇〇〇

申請者の氏名
京都 太郎

申請年月日を記入してください。
令和〇年〇月〇日

被保険者の被保険者番号、個人番号(マイナンバー)、住所、電話番号、氏名、生年月日、性別を記入してください。

被保険者番号
10001-000000999988887777

個人番号※
999988887777

被保険者

住所
京都市中京区〇〇〇

フリガナ
キョウト タロウ

氏名
京都 太郎

生年月日
昭和20年1月1日

電話番号
075-111-1111

現在入所中の施設の名称、所在地、電話番号、入所年月日を記入してください。

現在入所している
特別養護老人ホーム

名称
特別養護老人ホーム
あかさたな

所在地
京都市中京区▲▲▲

入所年月日
平成〇年〇月〇日

居住環境の区分

☐ ユニット型個室

☒ ユニット型個室の多床室

☐ 従来型個室

☐ 多床室

電話番号
075-666-6666

注 該当する□には、✓印を記入してください。

※欄は、特定負担限度額認定申請を行う場合に記入してください。

下欄は記入しないでください。

起案	令和 年 月 日	決定	令和 年 月 日	課長		係長		係員	
下記のとおり利用者負担の給付率及び特定負担限度額について決定します。									
特定負担限度額について 承認する ・ 承認しない									
利用者負担 (給付率)	／100	特定負担限度額 (承認のみ)	食費 円	居住費 円	居住環境区分 (承認のみ)	ユニット型個室 ユニット型個室の多床室 従来型個室 多床室			
認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで								