

# 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

申請日を記入してください。

## 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

(宛先) 京 都 市 長 申請者の住所、氏名を記入してください。 令和 2 年 5 月 1 日

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

被保険者の被保険者番号(被保険者証をご確認ください)、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。

保険規則第23条第1項及び介護保険法施行規則第172条の2において準用する同規則第83条の6により、要介護旧措置入所者に係る利用者負担額の減免及び特定負担限度額の認定を申請します。

被保険者番号 1 0 0 0 1 - 0 0 0 0 0 個人番号※ 9 9 9 9 8 8 8 8 7 7 7 7

現在入所している施設の名称、所在地、電話番号、入所年月日を記入してください。

被 保 険 者

住 所 京都市中京区〇〇〇 電話 075 - 111 - 1111

フリガナ キョウトタロウ 生年月日 昭和 20 年 1 月 1 日

氏 名 京都 太郎 性別 男 女

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 居住環境の区分  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

所 在 地 京都市中京区▲▲▲▲ 電話 075 - 666 - 6666

入所年月日 平成 2 年 5 月 1 日

現在入所されている施設の居住環境区分について、該当するものにチェックしてください。

注 該当する口には、レ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	年 月 日	決定	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 <span style="margin-left: 50px;">承認する</span> ・ <span style="margin-left: 50px;">承認しない</span>						
利用者負担 (給付率)	0 / 10	特定負担限度額(承認のみ)	食費	居住環境区分 (承認のみ)	ユニット型個室	
			居 住 費		ユニット型個室的多床室	
認定期間	年 月 日 から		年 月 日 まで		従来型個室 多床室	