**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 | 年　　　月　　　日 |
| 申請者の住所 | 申請者の氏名 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 京都市介護保険規則第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第１項の規定により、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 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | 個人番号※ | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | ― |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 　所 | | | | 電話　　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | | | |
| 現在入所している特別養護老人ホーム | 名称 | | | |  | | | | | | | | 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 | | | | 電話　　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | | 居住環境区分  （承認のみ） | | | 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 | | |
| 居住費　　　　　　　円 | |
| 認 定 期 間 | | 令和　　　年　　　月　　　日　から　　令和　　　年　　　月　　　日　まで | | | | | | | | | | | |