**介護保険特定負担限度額認定申請書**

様式第20号(第19条関係)

（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）

|  |  |
| --- | --- |
| 個人番号 |  |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  |
|  |
| 被保険者番号 |  |
| 生 年 月 日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 住 所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 特別養護老人ホームの所在地及び名称　　 | 〒　　　　　　　　　電話番号 |
| 入所する居室の種類 | 　　　　　１　ユニット型個室　　　　　　　　　　　　３　従来型個室　　　　　　　２　ユニット型個室的多床室　　　　　　　　４　多　床　室 |
| 入所年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 特定負担限度申請事由 | １　生活保護受給者の方　又は、老齢福祉年金受給者で、世帯全員が市町村民税非課税の方２　世帯全員が市町村民税非課税で、本人の合計所得金額と公的年金収入額等の合計額が年額８０万９千円以下の方３　世帯全員が市町村民税非課税で、本人の合計所得金額と公的年金収入額等の合計額が年額８０万９千円を超える方 |
| 　　出雲市長　様上記のとおり食費・居住費に係る特定負担限度額認定の申請をするとともに、私及び世帯員の市町村民税課税状況について税担当課の資料により調査されることに同意します。　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　住所　申請者　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

|  |  |
| --- | --- |
| 　交付年月日 | 備　　　　考 |
| 　　年　　月　　日 | 所得区分等の状況 | 　　　１　　　２　　　３　　　４ |
| 　適用年月日 | 決定情報 | （　　承認する　　・　　しない　　） |
| 　　年　　月　　日　　　　　　　から | 負担限度額 | （食費）　　　　　　　　（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）　　　　　　　 |
| 　有効期限 | その他状況 |
| 　　年　　月　　日　　　　　　　まで |

市記入欄