|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | | 保険者番号 |  | | | | | ４ | ３ | ２ | ０ | ２ | １ |
|  | |
| 被保険者番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | 明・大・昭　 　年　 　月　 　日生 | | 性　　別 | 男　　　・　　　女 | | | | | | | | | | |
| 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  　２　ユニット型準個室  　３　従来型個室  　４　多床室 | 入所年月日 | | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 特定負担限度  申請事由 | １．　市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入の合計が年額８０万円以下のもの等  ２．　市町村民税世帯非課税者であって、１に該当する以外のもの  ３．　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| （あて先）八代市長  上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額の申請をします。  また、私の世帯の課税状況等について、職員が確認することについて同意します。  　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　　　住　所  申請者  　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |

　介護保険特定負担限度額認定、利用者負担額減額・免除等申請書

旧措置

（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）

市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 | | 世帯の課税状況 | 非　　・　　課 | | ④給付率一次審査 | 97/100 ・ 90/100 |
| 年　　月　　日 | |
| 生活保護の受給 | 有　　・　　無 | | ⑤利用者負担額 〔{単価－(単価×④)}×31〕 | 円 |
| 適用年月日 | |
| 年　　月　　日 | | 老福年金の受給 | 有　　・　　無 | | ⑥減額前本負担 (③+⑤) | 円 |
| 有効期限 | | 収入認定額 | 42万円以下 | 42万円超 | ⑦決定給付率 (①<⑥の場合④を上げる) | 90/100 ・ 95/100 |
| 年　　月　　日 | |
| ①旧法費用徴収額 | 円 | | 97/100 ・ 100/100 |
| 確　認　欄 | |
| 給付率  90％ | 給付率  95～100％ | ②食費負担額 （１日あたり） | 300円・390円・650円 | | ⑧減額後利用者負担額 〔{単価－(単価×⑦)}×31〕 | 円 |
|  |  | ③食費代月額  (②×31) | 円 | | 本人負担額(③+⑧) | 円 |