様式第22号(第14条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険負担限度額認定申請書  (特別養護老人ホーム要介護旧措置入所者に関する認定申請) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フリガナ | | |  | 保険者番号 |  | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | | |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日生 | | 性別 | | | | 男　・　女 | | | | | |
| 住所 | | | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　(　　) | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の所在及び名称(※) | | | 施設名称：  〒  電話番号　　　　(　　) | | | | | | | | | | | |
| 入所する居室の種別 | | | 1　ユニット型個室　　　　　　3　従来型個室  　2　ユニット型準個室　　　　　4　多床室 | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日(※) | | | 年　　月　　日 | |  | | | | | | | | | |
| 負担限度額申請事由 | | | 1　市町村民税非課税世帯であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円以下の者等  2　市町村民税非課税者であって、1に該当する以外の者  3　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 北杜市長　様  　　上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。  　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | | 住所  電話番号　　　　(　　)  氏名 | | | | | | | | | | | | |
| ※　介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。  　市記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 交付年月日 | | 備考 | | | | | | | | | | | |  |
| 年　月　日 | | (所得分布の状況等を記入) | | | | | | | | | | | |
| 適用年月日 | |
| 年　月　日から | |
| 有効期限 | |
| 年　月　日まで | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |