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 |
| 　 |