

(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)

(あて先) 千葉市 〇〇 区長

令和〇〇年〇〇月〇〇日

次のとおり申請します。

被保険者	被保険者番号	1	0	0								
	フリガナ											
	氏名	(※) 本人が手書きしない場合は記名押印してください。										
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男	・	女			
	住所	(〒 - )										
	連絡先	電話番号	-					-				
	電子メールアドレス	@										
施設関係	入所(院)施設所在地・名称・電話番号	(〒 - ) 電話番号 - -										
	入所(院)日	昭	・	平	・	令	年	月	日			
	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									

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者、生活保護受給者
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額 80.9 万円以下です。
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額 80.9 万円を超えます。

提出者が被保険者本人の場合には、下記については記入不要です。

提出代行者 所在地・名称 ・電話番号 ・電子メールアドレス	〇〇市〇〇区〇〇 〇-〇 千葉 三郎 (長男) 090-1234-5678	提出代行者が個人の場合は被保険者とのご関係 (続柄等) をご記入ください。 法人や事業所の場合は担当者氏名をご記入ください。
	電子メールアドレス @ (注) 提出代行者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	

区処理欄	決定事項		利用者負担段階	食費	給付率
	承認 ・ 承認しない		第 段階	円	/ 100
	居住費 (日額)	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
		円	円	円	円
	決定年月日	適用年月日	有効期限	交付年月日	生活保護 有 ・ 無