

射水市 福祉保健部 介護保険課 介護保険管理係あて (MAIL:kaigo@city.imizu.lg.jp、FAX:0766-51-6666)

介護保険施設・GH・小規模特養 入所(院)・退所(院)・世帯異動者名簿	(施設名) (TEL)	(担当者名) (MAIL)	送信日 受付日 回答日	年 年 年	月 月 月	日 日 日
--	----------------	------------------	-------------------	-------------	-------------	-------------

入所・退所・世帯異動 年月日	理由	被保険者番号	氏名	生年月日	性別	利用者負担段階
(入所 ・ 退所 ・ 世帯異動) 令和 年 月 日				明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日	男 ・ 女	第 段階 交付済 ・ 申請済 ・ 未交付
(入所 ・ 退所 ・ 世帯異動) 令和 年 月 日				明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日	男 女	第 段階 交付済 ・ 申請済 ・ 未交付
(入所 ・ 退所 ・ 世帯異動) 令和 年 月 日				明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日	男 ・ 女	第 段階 交付済 ・ 申請済 ・ 未交付
(入所 ・ 退所 ・ 世帯異動) 令和 年 月 日				明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日	男 ・ 女	第 段階 交付済 ・ 申請済 ・ 未交付
(入所 ・ 退所 ・ 世帯異動) 令和 年 月 日				明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日	男 ・ 女	第 段階 交付済 ・ 申請済 ・ 未交付

※入所の連絡がありましたら、利用者負担段階を介護保険施設等へお知らせします。利用者負担段階1～3-②と判定された入所者が食費・居住費の補足給付を希望される場合は、介護保険負担限度額認定申請書を提出してください。なお、利用者負担段階の回答が1～3-②の場合でも、配偶者(世帯分離している場合を含む)が住民税課税や預貯金等の資産状況が基準を超える場合は、申請しても負担限度額認定にはなりませんのでご注意ください。