

市受付印
------

市職員印 (受付)
--------------

提出事業所名	
連絡先電話番号	
担当者名	
認定証受領場所	(本庁・谷山・伊敷・吉野・東桜島・吉田・桜島・松元・郡山・喜入)

申請者一覧名簿(旧措置者 特定負担限度額・利用者負担額 減額・免除認定)

※記入につきましては、被保険者番号順(数字の少ない方から)をお願いします。

No.	被保険者番号 (番号順)	氏名	老齢福祉年金 あり(○)	食費・居住費		※ 従来 型個室の 経過措置 対象者 (○)	利用料		備考-1
				前回(円) 食費・居住費	今回申請 書(○)		前回 (%)	今回申請 書(○)	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

※ 経過措置とは、従来型個室に入居しながら、多床室の適用を受けている人。

認定証受領欄				市職員印
認定証受領日	令和 年 月 日	受領者	事業所名	
認定証受領枚数			受領者名	
			連絡先電話番号	