介護保険　特定負担限度額認定、利用者負担額減額・免除申請書

（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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 保険者番号 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特別養護老人ホーム  の所在地及び  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　ユニット型個室的多床室　　　４　多床室 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定負担限度額  申請事由 | １．市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円以下のもの等  ２．市町村民税世帯非課税者であって、１に該当する以外のもの  ３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 丸亀市長　宛  　上記のとおり、食費・居住費に係る特定負担限度額認定並びに利用者負担額に係る減額・免除の認定を申請します。    　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所  　申請者  　　　　　氏　名 | | | 電話番号　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

保険者記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備　　考 |
| 年　 月　 日 | （所得分布の状況等を記入）  １　市町村民税世帯非課税者等　（　該当　・　非該当　）  ２　老齢福祉年金受給者　（　該当　・　非該当　）  ３　実質的負担軽減者　（　該当　・　非該当　）  ４　利用者負担段階　（　第　１　・　２　・　３　段階　・　課税世帯　） |
| 適用年月日 |
| 年　 月　 日  から |
| 有効期限 |
| 年　 月　 日まで |