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 |  |
| 入所年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 特定負担限度額申請事由 |  |
| 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 |  |
| 適用年月日 |
| 　　年　 月　 日から |
| 有効期限 |
| 　　年　 月　 日まで |