

介護保険 特定負担限度額認定、利用者負担額減額・免除等申請書
(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)

被保険者番号											保険者番号		3	3	2	1	4	8		
個 人 番 号																				
フリガナ											生年月日		明治 大正 昭和							
被保険者氏名											性別		男 ・ 女							
住 所	〒 ー										電話番号（ ） ー									
特別養護老人ホームの所在地及び名称	〒 ー										電話番号（ ） ー									
入 所 す る 居 室 の 種 別	1 ユニット型個室 3 従来型個室 2 ユニット型準個室 4 多床室										入所(院) 年 月 日		平成 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（世帯全員が市町村民税非課税） 2 市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者 または 生活保護受給者 3 その他（ ）																			
真庭市長 様 上記のとおり、食費・居住費に係る特定負担限度額認定、特別養護老人ホームの 特定要介護旧措置入所者の認定及び利用者負担額に係る減額・免除を申請します。 なお、市が私の属する世帯全員について公簿等で課税状況等を確認することに同意します。 令和 年 月 日 申請者 氏名 （被保険者本人）																				

※申請者本人が提出するときは記入不要です。

提出者 住所

氏名
(事業所名)

申請者との関係（ ）

電話番号 () —

市 記 入 欄	交付年月日	世帯全員住民税	非課税 ・ 課 税	備 考
	年 月 日	老齢福祉年金	有 ・ 無	
	適用年月日	生活保護	有 ・ 無	
	年 月 日	所 得 等	80以上 ・ 80未満	
	から			
	有効期限			
年 月 日	姓 名	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100		

	まで	刊 出	1	2	3	4
--	----	-----	---	---	---	---