

介護保険 利用者負担額減額・免除等申請書(旧措置)

この申請書は、特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定申請手続きに使用します。

<申請者>(介護保険の被保険者)

北見市長 様		(申請日)		年	月	日
下記のとおり、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・免除の申請をします。						
フリガナ				生年月日	年	月 日
氏名	署名	個人番号				
		日中連絡先		- -		
住所	(建物名等)		被保険者番号			
要介護区分	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					

<特別養護老人ホーム>

名称			所在地		
入所年月日	年	月	日		

<提出代行者>(被保険者本人以外が提出する場合に記入してください)

フリガナ				生年月日	年	月 日
氏名			日中連絡先	- -		
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (記入不要)			続柄	申請者から見て	
	(建物名等)					

北見市使用欄

生活保護	老福受給	境界層	住民税 本人	住民税 世帯	費用徴収基準月額	限度額	利用者負担
有・無	有・無	有・無	課税・非課税 未確定・未申告	課税・非課税 未確定・未申告			%
課税者の氏名			世帯非課税対象者の収入額		基本番号	備考	
			(合計所得+課税年金収入) 円			※利用者負担割合の算出は別紙調書による	

本人確認	確認	入力	認定証
①番・免・パ・手帳 他()	交付年月日 年 月 日		
②証・年金・児童・ バス・社員・学生 他()	有効期限 年 月 日		
③ヒア	まで		

