介護保険 〔利用者負担額減額・免除等 / 特定負担限度額認定〕 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		個人番号	
フリガナ 被保険者氏名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
		性　　別	男　・　女
要介護度	要支援（１・２），要介護（経過的・１・２・３・４・５）		
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		
入居する居室の種別	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（　　）		

山陽小野田市長　宛

〇上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・減免の申請をします。
〇上記のとおり食事及び居住費に係る特定負担限度額認定の申請をします。

令和　　年　　月　　日

申請者
住所
氏名
電話番号

市記入欄

交付年月日	備　　考
年　月　日	□　認定　給付率　　／１００ 食　事　　円 居住費　ユニット型個室　　円 ユニット型準個室　　円 従来型個室　　円 多床室　　円
適用年月日 年　月　日 から	
有効期限 年　月　日 まで	□　却下　（理　由：　　）

受付	□介護保険係 □山陽総合事務所 □(　　)支所	受付日	受付者	市入力日	市入力者
		／		／	

課長	補佐	係長	係員