

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)

被 保 険 者	フリガナ			保険者番号	矢掛町 334615
	氏 名			被保険者番号	
				個人番号	
	生年月日	大 ・ 昭	年	月	日
住所	電話番号				
介 護 保 険 施 設	施設名称				
	所在地	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 ユニット型準個室		4 多 床 室	
	入所年月日	年	月	日	
申 請 理 由	第1段階	1	町民税世帯非課税で老齢福祉年金受給者		
	第1段階	2	生活保護受給者		
	第2段階	3	町民税世帯非課税で、合計所得金額と課税年金収入額の合計が年額で80万円以下		
	第3段階	4	町民税世帯非課税で、上記1及び3に該当しない		
		5	その他()		
申 請 及 び 承 諾 欄	矢 掛 町 長 様 【特定負担限度額認定申請】 ☐ 上記のとおり食費及び居住費に係る特定負担限度額認定を申請します。なお、申請にあたって申請理由を証明するために必要な世帯の課税状況及び所得状況等を公簿等で調査することに同意します。 【利用者負担額減額免除申請】 ☐ 上記のとおり利用者負担額の減額・免除を申請します。なお、申請にあたって申請理由を証明するために必要な世帯の課税状況及び所得状況等を公簿等で調査することに同意します。				
	年 月 日				
	住所				
	申請者(被保険者)		電話番号		
	氏名				

☆本年1月1日現在矢掛町に住所のなかった方は、承諾書(別様式)を添付してください。

矢掛町記入欄

決定年月日	年 月 日	備 考	
通知内容			