

介護保険利用者負担額減額・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)



フリガナ 被保険者氏名	保険者番号	八幡浜市	3	8	2	0	4	4
	被保険者番号							
	個人番号							
生年月日	年 月 日生	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 ユニット型個室的多床室		4 多床室					
入所年月日	年 月 日							
八幡浜市長 様 上記のとおり特別養護老人ホームの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。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 電話番号() ー								

※ 施設に住所を設定されている方は、記入不要です。

市記入欄(何も記入しないでください。)

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を把握)
適用年月日	<input type="checkbox"/> 実質的負担軽減者 <input type="checkbox"/> 実質的負担軽減者以外
年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者の高齢福祉年金受給者及びこれに準ずると認められるもの
有効期限	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者で年金収入80万円以下のもの <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者
年 月 日 まで	