

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)

フリガナ		性別	保険者番号																	
保険者氏名		男・女	被保険者番号																	
			被保険者番号																	
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	個人番号															
住所	〒																			
	電話番号																			
住所	〒																			
	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																			
特定負担限度申請事由	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の合計額が年額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 ()																			

砺波地方介護保険組合 理事長 様

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、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。

平成 年 月 日

住所
申請者 氏名

電話番号

※原則、本人またはご家族の方の署名ですが、代筆の場合は申請者の確認印が必要です。

※組合・市町村記入欄

交付年月日	備考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	利用者負担第1段階
年 月 日	利用者負担第2段階
から	利用者負担第3段階
有効期限	利用者負担第4段階
年 月 日	
まで	

(注) 市町村は、所得分布の状況等を記入