

介護保険利用者負担額減額・免除申請書  
(特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する経過措置)

フリガナ		保険者番号	012138
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女
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		
入所年月日	年 月 日		
<p>苦小牧市長様</p> <p>上記のとおり利用者負担額に係る減額・免除を申請します。</p> <p>また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="padding-left: 40px;">住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p style="padding-left: 40px;">氏名</p>			

※苦小牧市 記入欄 (カード確認・職権記載)

申請種類	新規申請 ・ 変更申請 ・ 更新申請	
判定要件	高齢福祉年金受給有無	あり・なし
	生活保護受給有無	あり・なし
	市民税課非：世帯	課税・非課税・未確定・未申告
	市民税課非：本人	課税・非課税・未確定・未申告
	境界層該当	あり・なし
決定区分	10/100・5/100・3/100・0/100	
前年度決定区分	10/100・5/100・3/100・0/100	
有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
認定証交付年月日	令和 年 月 日・未交付(理由: )	
<備考>		受付印