**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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 　明・大・昭　　　年　　　月　　　日生 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　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８０万９，０００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。**　　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　－　　－　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **※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）**利用者負担第１段階****利用者負担第２段階****利用者負担第３段階****利用者負担第４段階** |
| 適　用　年　月　日 |
| 　　年　　月　　日　　　　　　　から |
| 有　効　期　限 |
| 　　年　　月　　日　　　　　　　まで |

**（注）市町村は、所得分布の状況等を記入**