

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			保険者番号		4	3	2	1	5	3
被保険者氏名			個人番号							
			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	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>天草市長 様</p> <p>上記のとおり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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align:right;">住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p style="text-align:right;">電話番号</p>										

市記入欄

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	介護度		期 間							
年 月 日 から			~							
有効期限	世帯課税状況 (いずれかに○)									
	市民税課税		市民税非課税							
年 月 日 まで	※ 所得分布の状況等については、磁氣的記録 (住民基本台帳及び住民税課税台帳) で確認済									
	年金収入									
	年金所得									
	合計所得									
	負担段階									