

記入例

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)

① **新規**・更新・変更

被保険者名前		③ 被保険者番号	
フリガナ ② カイゴ タロウ 介護 太郎		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		④ 1912年3月23日	
被保険者住所			
⑤ 福山市 東桜町		丁目 3番	5号
		番地	電話番号 (084)921-0000
特別養護老人ホームの名称		⑦ 入所年月日	
⑥ 特別養護老人ホーム ○○苑		※ 現在の入所日を記入してください。 2000年3月18日	
⑧ 特別養護老人ホームの所在地 (被保険者の住所と異なる場合のみ記入してください)			
〒 720 - 0000 福山市 ○○町			
		丁目	番 号
		×××× 番地	電話番号 (084)941-0000
福山市長様 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免を申請します。 なお、この申請に関して、私の世帯の所得、課税状況及び年金収入金額、老齢福祉年金及び生活保護の受給の有無、入所している居室並びに旧措置入所者の有無について調査することに同意します。			
○年 ○月 ○日			
⑨ 住所 福山市 東桜町		丁目 3番	5号
申請者 (被保険者)		番地	
名前 介護 太郎		⑩ 介護	電話番号 (084)921-0000

※ 福山市記入欄 (この欄は記入しないでください)

受付時確認欄		審査・入力等確認欄		
区分	名前・施設等名称	交付年月日	適用年月日	有効期限
<input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> 上記施設 <input type="checkbox"/> その他 ()	(名前) (施設等名称)	年 月 日	年 月 日 から	年 月 日 まで
受付	関係書類等確認欄	オンライン	照合	備考
支所 受付者名	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税(課税)証明書(原本) ※ 該当者のみ <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金の受給者証(写し) <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証明書(原本)			(所得分布の状況等を把握)

2015-介護-463 A4 再生紙55

- ① 初めて申請する方は「新規」に、認定証の更新のため申請する方は「更新」に、所得等が変更したため申請する方は「変更」に○印をしてください。
- ② 申請対象者となる被保険者の名前及びフリガナを記入してください。
- ③ 申請対象者となる被保険者番号を記入してください(被保険者番号は介護保険被保険者証又は介護保険資格者証に記載されています。)
- ④ 申請対象者となる被保険者の生年月日を記入してください。
- ⑤ 申請対象者となる被保険者の住所及び電話番号を記入してください。
- ⑥ 現在、入所している特別養護老人ホームの名称を記入してください。
- ⑦ 上記⑥に記入した特別養護老人ホームの入所日を記入してください。
- ⑧ 現在、入所している特別養護老人ホームの所在地を記入してください。
- ⑨ 申請者(減額申請対象者となる被保険者)の住所、名前及び電話番号を記入して、印を押印してください。