

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)

新規・更新・変更

被 保 険 者 名 前		被 保 険 者 番 号			
フリガナ		生 年 月 日			
		年 月 日			
		被 保 険 者 住 所			
市 町 丁目		番 号		番 地	
特別養護老人ホームの名称		入 所 年 月 日			
		※ 現在の入所日を記入してください。			
		年 月 日			
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)					
〒					
市 町 丁目		番 号		番 地	
				電話番号 () -	
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 住 所 市 町 丁目 番 号 番 地 申 請 者 (被保険者) 名 前 電話番号 () -					

※ 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)	年 月 日	年 月 日 から	年 月 日 まで
	(施設等名称)			
受 付	関 係 書 類 等 確 認 欄	オ ン ラ イ ン	照 合	備 考
支 所 出張所 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)