

別記第18号様式（第16条第1項、第19条第1項関係）

介護保険特定負担限度額、利用者負担額減額・免除等認定申請書

（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書）

フリガナ				保 険 者 番 号					
被保険者氏名				被保険者番号					
				個人番号					
生年月日	年 月 日								
住 所	〒			電話番号 ー					
特別養護老人ホームの所在地及び名称	〒			電話番号 ー					
入所する居室の種別	1 ユニット型個室	3 従来型個室							
	2 ユニット型個室的多床室	4 多床室							
入所年月日	年 月 日								
特定負担限度額申請事由	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額の合計額が年額80万9千円以下のもの等 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（ ）								
滝川市長 様 上記のとおり特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者の認定及び食費及び居住費に係る特定負担限度額並びに利用者負担額に係る減額・免除の認定を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 ー									

市記入欄

交付年月日	認 定 内 容	給付率	/ 100		差額申請
年 月 日		食費負担限度額	円		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
適用年月日		居 住 費 の 負 担 限 度 額	ユニット型個室	円	備 考
年 月 日から			ユニット型個室的多床室	円	
有効期限			従来型個室	円	
			年 月 日まで	多床室	
証 交 付	実質的軽減対象者	<input type="checkbox"/> 該当 /100 <input type="checkbox"/> 非該当		受 付 印	
<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 (送付日 . . .) (送付先 . . .)	<input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 施 設 <input type="checkbox"/> その他	負担限度額基準	上記申請事由 1 2 3 ()		扱
		認 定 処 理	<input type="checkbox"/> 公簿確認 <input type="checkbox"/> 非課税証明書 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証		