

介護保険 利用者負担額減額・免除申請書
 (特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する経過措置)

フリガナ			申請年月日	平成	年	月	日
被保険者氏名			被保険者番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	
被保険者住所	〒 -		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	平成 年 月 日						
(あて先) 札幌市 区長 上記のとおり利用者負担額に係る減額・免除を申請します。 また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査されることに同意します。 本人氏名 _____ 代筆者氏名 _____ 代筆者住所 _____							

札幌市記入欄

申請種類	新規申請		・	変更申請		・	更新申請		
資格取得日	平成	年	月	日	判定基準日	平成	年	月	日
判定要件	基準日時点			決定日時点					
生活保護受給有無	あり・なし			あり・なし					
市町村民税課非：本人	課税・非課税・未確定・未申告			課税・非課税・未確定・未申告					
市町村民税課非：世帯	課税・非課税・未確定・未申告			課税・非課税・未確定・未申告					
老齢福祉年金受給有無	あり・なし			あり・なし					
境界層該当	あり・なし			あり・なし					
施行時費用徴収基準月額	円/月								
決定区分(保険給付率)	90%・95%・97%・100%								
有効期間	平成	年	月	日	~	平成	年	月	日
認定証交付年月日	平成	年	月	日	未交付(理由:)				
<備考>									

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。