介護保険〔利用者負担額減額・免除等／特定負担限度額認定〕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）

ふりがな		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	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	所在地	〒			
	名称				
	電話番号				
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　準個室　　4　多床室				
入所日	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（　　）				

（宛先）野田市長

□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。

□上記のとおり、食費・居住費に係る特定負担限度額認定の申請をします。

なお、市が保有する減額認定決定情報を申請時入所している介護保険施設に提供することについて同意します。

年　月　日

申請者　氏　名

電話番号

市記載欄	税個人	税世帯	生保	老福	決定額	給付率	備考
	課　非	課　非	有　無	有　無	円	／100	