

# 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)

フリガナ											
被保険者氏名	保険者番号					4	6	2	0	1	0
	被保険者番号										
	個人番号										
生年月日	年		月		日						
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	年		月		日						
<p>鹿児島市長様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 鹿児島市</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号 -</p>											

市記入欄

交付年月日	備 考				
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)				
適用年月日	住基確認	住基異動者	利用者負担段階		審査結果
年 月 日 から		有・無	1・2・3・4		承認
有効期限	老福受給	生保受給	境界層	世帯課税状況	・ 非承認
年 月 日 まで	有・無	有・無	有・無	課税・非課税	
給付率 / 100					

受付	入力	照合	<input type="checkbox"/> 本人 (□郵送 □オンライン) <input type="checkbox"/> 代理人 (□郵送 □オンライン) →代理権確認 <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項等 ( ) <input type="checkbox"/> 使用者			個人番号の確認	本人または代理人の身元確認書類		
			<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 提示が困難 ( )	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 身・障害者手帳 <input type="checkbox"/> 敬老・友愛パス <input type="checkbox"/> その他 ( )	2点	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後高医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合・限度額証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 情報提供NWS確認済									