



介護保険特定負担限度額認定、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		3	8	2	0	1	0			
			被保険者番号										
			個人番号										
生年月日	明・大・昭	年	月	日生									
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												
入所する居室の種別	1 ユニット型個室	入所年月日	昭・平								年	月	日
	2 ユニット型個室的多床室												
3 従来型個室													
4 多床室													
特定負担限度申請事由	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) 松山市長 上記のとおり食費及び居住費に係る特定負担限度額認定、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。 なお、申請にあたり、世帯等の個人住民税の課税状況等を担当職員が確認することに同意します。 また、介護サービス計画等を作成するために、特に必要があると認められるときは、認定結果を松山市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。 年 月 日 住所 申請者 氏名(自署) 電話番号													

市記入欄

交付年月日	備考		担当
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)		
適用年月日	課税・非課税の状況	課税 ・ 非課税	入力
年 月 日 から	合計所得金額+課税年金収入額	円	
有効期限	利用者負担段階	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	受付
年 月 日 まで			