（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  被保険者氏名 |  | 保険者番号 | ０１２１３８ |
|  |
| 被保険者番号 |  |
| 個人番号 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日生 | 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 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | |
| 入所年月日 | 年　 　月　 　日 | | |
| 苫 小 牧 市 長 　様  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することに同意します。  令和　　年　　月　　日  住所  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  氏名 | | | |

　　※苫小牧市　記入欄　（ｶｰﾄﾞ確認・職権記載）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申 請 種 類 | | 新 規 申 請 ・ 変 更 申 請 ・ 更 新 申 請 | |
| 判 定 要 件 |  | あ り　・　な し | |
| 生 活 保 護 受 給 有 無 | あ り　・　な し | |
|  | 課 税　・　非 課 税　・　未 確 定　・　未 申 告 | |
|  | 課 税　・　非 課 税　・　未 確 定　・　未 申 告 | |
|  | あり　・　なし | |
| 決　 定　 区　 分 | | １０／１００ ・ ５／１００ ・ ３／１００ ・ ０／１００ | |
|  | | １０／１００ ・ ５／１００ ・ ３／１００ ・ ０／１００ | |
| 有 　効 　期 　間 | | 令和　 　年　　 月　 　日　～　令和　　 年　 　月　 　日 | |
| 認 定 証 交 付 年 月 日 | | 令和　　年　　月　 日 ・未 交 付（ 理 由：　 　　 　　 　） | |
| ＜備考＞ | | | 受　付　印 |