様式第1号

介護保険境界層措置適用申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 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　　　―　　　　 |
| 　可児市長　様　上記のとおり境界層該当証明書を添えて申請します。　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　 　申請者　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ 電話番号　　　　　　　　　　　　 |

市記入欄（この欄には、記入しないでください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
| 年　　月　　日 |  |
| 適用年月日 |
| 　　　年　　月　　日　～　　　　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 現在の状況 | 措置後の状況 |
| 1. 給付額減額等
 |  | 　　　割給付 |  | 割給付 |
| 1. 居住費等の負担限度額
 | 第　段階 | 月額　　　　円 | 第　段階 | 月額　　　　円 |
| 1. 食費の負担限度額
 | 第　段階 | 月額　　　　円 | 第　段階 | 月額　　　　円 |
| 1. 高額介護（予防）サービス費
 |  | 月額　　　　円 |  | 月額　　　　円 |
| 1. 保険料の負担額
 | 第　段階 | 月額　　　　円 | 第　段階 | 月額　　　　円 |