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 |