

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 ー								
<p>可児市長 様</p> <p>上記のとおり境界層該当証明書を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p>									

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
② 居住費等の負担限度額	第 段階	月額 円	第 段階	月額 円
③ 食費の負担限度額	第 段階	月額 円	第 段階	月額 円
④ 高額介護（予防）サービス費		月額 円		月額 円
⑤ 保険料の負担額	第 段階	月額 円	第 段階	月額 円