様式第1号(第3条関係)

介 護 保 険 境 界 層 措 置 申 請 書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | |
| 生　年　月　日 | 年　　月　　日 |
| 性　　　　　別 | 男　・　女 |
| 住　　　所 | 〒  電話番号　　　（　　　） | | | |
| 世 帯 員 | 氏　　名 | 生 年 月 日 | | 介護保険被保険者番号 |
|  | 年　　月　　日 | |  |
|  | 年　　月　　日 | |  |
|  | 年　　月　　日 | |  |
|  | 年　　月　　日 | |  |
| 産山村長　様  　上記のとおり、境界層該当証明書を添えて、境界層措置を申請します。  　　　　　　年　　月　　日  　　申請者　住　所  　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　）  　　　　　　電話番号　　　（　　　） | | | | |

村記載欄

|  |  |
| --- | --- |
| 適用開始年月日 | 備考 |
| 年　　月　　日 | ・給付減額等の記載　（　有　・　無　）  ・標準負担額　（　650円・390円・300円・その他　　　円　）  ・高額介護サービス費上限額　（ 44,400円・24,600円・15,000円 ）  ・介護保険料所得段階　（第　１・２・３・４・５　段階） |
| 有　効　期　限 |
| 年　　月　　日 |