

介護保険境界層措置適用申請書

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号																	
	氏 名			生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日												
				性 別	男	・	女													
住 所	〒																			
		電話番号 ()																		
境界層措置 適用申請事由		1 境界層措置を受けることにより、生活保護を廃止するため。																		
		2 境界層措置を受けることにより、生活保護申請が棄却となるため。																		
		3 その他（理由を記入）																		
<p>玉村町長 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて境界層措置の適用を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>																				

町記入欄

		適用前	適用後
適用年月日			
年 月 日	1 給付減額の停止	%	%
適用期間	2 居住費の減額 滞在費の減額 居住費(旧措置)の減額	円	円
年 月 日から	3 食費の減額 食費(旧措置)の減額	円	円
年 月 日まで			
減額合計	4 高額サービス費または 高額支援サービス費の 上限額の減額	円	円
1か月 円	5 保険料割合の減額	段階	段階