

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

(特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定申請)

		個人番号	
フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	
		被保険者番号	
生年月日		性別	男 女
住所	〒	電話番号	
特別養護老人ホームの所在地及び名称	〒	電話番号	
入所年月日			
様			
上記のとおり特別養護老人ホームの旧措置入所者の認定及び利用者負担額に係る減額・免除を申請します。			
住所		〒	電話番号
申請者			
氏名		印	

保険者記入欄

交付年月日	備考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	