

介護保険利用者負担額減額・免除等申請書

(特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定申請)

様式第24号

フリガナ			被保険者番号															
被保険者氏名			個人番号															
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別													
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 — 名称																	
入所年月日	年	月	日															
<p>岐阜県瑞浪市長 様</p> <p>上記のとおり特別養護老人ホームの特定要介護旧措置入所者の認定及び利用者負担額に係る減額・免除の申請をします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏 名</p>																		

※市記入欄（下の欄は記入しないでください。）

交付年月日	____年度所得等状況	
年 月 日	市民税（世帯）	課税・非課税
適用年月日	生活保護被保護者	該当・非該当
年 月 日から	老齢福祉年金	受給者・非受給者
有効期限	決定事項	承認・非承認
年 月 日まで	給付率	%