

## 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要介護旧措置入所者に関する認定申請)

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		性別	男 ・ 女						
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
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									
<p style="text-align: center;">杵藤地区広域市町村圏組合管理者 様</p> <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請者 氏名 <span style="float: right;">電話番号</span></p> <p style="text-align: center;">印</p>									

### 保険者記入欄

交 付 年 月 日	備 考
H 年 月 日	(所得分布の状況等を把握) <input type="checkbox"/> 住 民 税 (世帯)      課 税 ・ 非課税 <input type="checkbox"/> 生 活 保 護                      有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 老 齢 福 祉 年 金                      有 ・ 無  利用者負担第      段階                      負担額                      %
適 用 年 月 日	
H 年 月 日 から	
有 効 期 限	
H 年 月 日 まで	