

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要介護旧措置入所者に関する認定申請)

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		4 2 3 2 2 8					
	被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年 月 日生	性別	男 ・ 女				
住 所	〒 長崎県東彼杵郡		電話番号					
特別養護老人ホームの所在地及び名称	〒 所在地：長崎県東彼杵郡 施設名：		電話番号					
入所年月日	年 月 日							
<p>川棚町長 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>平成 年 月 日</p> <p>住 所 長崎県東彼杵郡</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏 名</p>								

市(町村)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 年 月 日	* 利用者負担段階;
年 月 日	
から	
有効期限	
年 月 日	
まで	