

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 style="text-align: center;">川棚町長 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 長崎県東彼杵郡</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</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	