

介護保険利用者負担額減額・免除等申請書（要介護旧措置入所者用）

（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		被保険者番号																		
被保険者氏名		個人番号																		
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	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	年 月 日																			
<p>久慈広域連合長 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・免除を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p> <p>印</p>																				

広域連合記入欄

交付年月日	年 月 日	備 考
		(所得分布の状況等を把握)
適用年月日	年 月 日	
	から	
有効期限	年 月 日	
	まで	