

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																		
久慈広域連合長 様																			
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。																			
年 月 日																			
住所																			
申請者 電話番号																			
氏 名																			

職員確認欄	被保険者の本人確認	申請者の本人確認
	1点で確認可能なもの(顔写真付き) ☐ 運転免許証、パスポート ☐ マイナンバーカード ☐ その他官公署から発行、発給されたもの () 2点確認が必要なもの(顔写真なし) ☐ 被保険者証、負担割合証、健康保険証 ☐ その他官公署等から発行、発給されたもの ()	1点で確認可能なもの(顔写真付き) ☐ 運転免許証、パスポート ☐ マイナンバーカード ☐ その他官公署から発行、発給されたもの () 2点確認が必要なもの(顔写真なし) ☐ 被保険者証、負担割合証、健康保険証 ☐ その他官公署等から発行、発給されたもの ()
交付年月日	備考	
年 月 日	(所得分布の状況等を把握)	
適用年月日		
年 月 日		
有効期限		
年 月 日		
まで		