

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>令和 年 月 日</p> <p>住所 長崎県東彼杵郡</p> <p>申請者 氏名</p> <p>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	