

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							
		被保険者番号							
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>甲良町長様</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</p> <p style="text-align: center;">申請者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">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)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	