介護保険利用者負担額減額・免除申請書

（特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定申請）

フリガナ		保険者番号	0532722
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	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			

北秋田郡上小阿仁村長　　様

上記のとおり特別養護老人ホームの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。

令和　　年　　月　　日

申請者　住所　　電話番号

氏名　　本人との関係（　　）

保険者記入欄

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	