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 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 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 |
| 　（宛先）五島市長　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

　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 |
| 有効期限 |
| 年　　月　　日 |