

介護保険利用者負担額減額・免除等申請書

更 新

(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 (マイナンバー)																		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	生	性別	男・女													
住所	〒																			
	電話番号 — —																			
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	名 称																			
	所 在	〒																		
	電話番号 — —																			
入所年月日	年 月 日 入所																			
介護保険利用者負担額 減額・免除認定証並び に決定通知書の希望送 付先	1. 被保険者住所 2. 上記介護老人福祉施設 (1か2のいずれかに○をしてください)																			
鳥栖地区広域市町村圏組合 管理者 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・免除の申請をします。 年 月 日 住 所 申請者 電話番号 — — 氏 名																				

保険者記入欄

交付年月日	備 考 欄				
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	担当者	係	係 長	課長補佐	課 長
年 月 日 まで					