

様式第23号(第13条関係)

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要介護旧措置入所者に関する認定申請)

フリガナ		保険者番号							
氏名		被保険者番号							
		個人番号							
		生年月日	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>枝 幸 町 長 様</p> <p>上記のとおり特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者の認定及び利用者負担額減額・免除を申請します。</p> <p>また、本申請の認定に必要なときは、私及び世帯員の課税状況等について公簿等を閲覧し、調査することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 印 電話番号</p>									

町記入欄

交付年月日	備考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	