**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）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 保険者番号 |  | 4 | 4 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| フリガナ |  |
| 被保険者 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　 　年　 　月　 　日 |  |  |
| 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 |
| 杵築市長　　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。　　令和　　年　　月　　日住所申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号氏名 |

市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |