# 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旧措置入所者に関する認定申請）

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ<br>被保険者氏名 | | 保険者番号 | 3 1 2 0 3 3 |
| | | 被保険者番号 | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | |
| 住所 | 〒　　－<br>電話番号　　－ | | |
| 特別養護老人ホームの所在地及び名称 | 〒　　－<br>電話番号　　－ | | |
| 入所年月日 | 年　　月　　日 | | |

（あて先）倉吉市長

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。

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把握） |
| 適用年月日 | |
| 年　月　日<br>から | |
| 有効期限 | |
| 年　月　日<br>まで | |