

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		保険者番号		3	6	2	0	2	0
被保険者氏名		被保険者番号							
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	〒		事業所番号						
	電話番号								
入所年月日	年 月 日								
鳴 門 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。なお申請にあたり世帯等の市民税の課税状況等を官公署等に確認することについて、同意します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号									
申請書を提出する者									
氏名または名称(続柄等)			住所または所在地						
<input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄) <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他(居宅介護支援事業所)			〒						
			電話番号 () -						

市(町村)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	

受 付
入 力
担 当