

(様式第19号)

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	九重町	4	4	4	6	1	2
被保険者氏名		被保険者番号							
個人番号									
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	〒 電話番号								
入所年月日	年	月	日						
九重町長 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・免除を申請します。なお、認定のために私及び世帯員の所得課税状況を九重町が閲覧する事に同意します。									
年 月 日									
住所									
申請者									
氏名 印 電話番号									

市(町村)記入欄

交付年月日	
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	