

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係る認定申請)

フリガナ		保険者番号		4	6	2	0	8	5
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女					
住 所	〒								
	電話番号 ()								
介護保険施設の所在地、名称及び居室の種類(※)	〒								
	居室の種類								
	電話番号 ()								
入 所 (院)年月日 (※)	年 月 日								
<p>出水市長 様</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住 所 電話番号 ()</p> <p style="margin-left: 20px;">氏 名</p>									

負担限度額認定証等の送付先は自宅住所でよいですか？(はい・いいえ)

いいえの場合、送付先変更届出書を記入ください。

送付先変更届出書

私の負担限度額証、決定通知書を下記の住所に送付くださるようお願いいたします。

本人氏名 _____

送付先にしてください。

居宅支援事業所 : (〒 -) 様方

入所入居施設 : (〒 -) 様方

その他 : (〒 -) 様方

市記入欄

交付年月日	備 考
令和 年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
令和 年 月 日 から	
有効期限	
令和 年 月 日 まで	