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書）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 申請日 | 年　　月　　日 |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 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 | | |
| （宛先）川崎市　　区長  上記のとおり特別養護老人ホームの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。  住所　〒  申請者  　　　氏名  電話番号  本人との関係 | | | |

保険者記入欄

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