

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

(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		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	年 月 日	性別	男・女
住所	連絡先		
特別養護老人ホームの所在地及び名称	連絡先		
入所年月日	年 月 日		
<p>(宛先) むつ市長</p> <p>上記のとおり利用者負担額に係る(減額・免除)を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>連絡先</p>			

※ 市記入欄

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	