様式第23号(第16条関係)

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 被保険者氏名		保険者番号	
		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭　　年　月　日	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		

一関地区広域行政組合管理者 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に係る減額・免除の申請をします。

なお、この申請に関して、保険者が、私及び私の属する世帯の世帯員の課税状況等について公簿等により調査することに同意します。

年　月　日

申請者　住所

氏名

電話番号　(　　)

広域行政組合記入欄

交付年月日	備考
年　月　日	(所得分布の状況等を記入) 年度市町民税　世帯課税状況＝世帯員課税・非課税 老齢福祉年金受給の有無＝有・無 生活保護受給の有無＝有・無
適用年月日	
年　月　日から	
有効期限	
年　月　日まで	