

介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書
(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		3	8	2	0	4	4
		被 保 険 者 番 号							
生 年 月 日		個人番号							
住 所	電話番号								
備 考									
<p>八幡浜市長 様</p> <p>前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の減額・免除を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>									

市町村記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入) <input type="checkbox"/> 実質的負担軽減者 <input type="checkbox"/> 実質的負担軽減者以外
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者の老齢福祉年金受給者及びこれに準ずると認められるもの <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者で年金収入 80.9 万円以下のもの <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者
有 効 期 限	
年 月 日 まで	