

市町村受付印

広域連合受付印

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旧措置入所者に関する認定申請）

※太枠内を記入して下さい

フリガナ 被保険者名	被保険者証記載 保険者名／番号		市・町 ・村						
	被保険者番号								
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男	・	女	
住 所 <small>（入所前の住所を記入）</small>	〒				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	入所する 居室の種類	1 ユニット型個室	2 ユニット型準個室	3 従来型個室	4 多床室

沖縄県介護保険広域連合長 殿

上記のとおり特別養護老人ホームの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。

年 月 日

住所
申請者
（本人又は家族）氏名

電話番号

印 被保険者との続柄

交付年月日	年 月 日	備 考 （市町村記入欄） （所得分布の状況等を記入）
適用年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

市町村・広域記入欄

担当者印	市 町 村	広域連合	備 考
	申請内容確認	電算入力処理	
	・	・	・