

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		4	6	5	3	5	1
		被保険者番号	
生年月日	大・昭 年 月 日生	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								
入所する 居室の種別	1 ユニット型個室			3 従来型個室					
	2 ユニット型準個室			4 多床室					
入所年月日	年 月 日								
与論町長 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額に係る 減額・免除の申請をします。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名									

※1 施設に住所を設定されている方は、記入不要です。

町記入欄(何も記入しないでください)

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 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 世帯非課税の老齢福祉年金受給者及びこれに準ずると認められる者 <input type="checkbox"/> 世帯非課税で年金収入等80万円以下の者 <input type="checkbox"/> 世帯非課税者
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	