

**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		保険者番号				
被保険者氏名		被保険者番号				
		個人番号				
生年月日	明・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					
入所年月日	年      月      日					
<p style="text-align: center;">大曲仙北広域市町村圏組合 管理者 様</p> <p>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。</p> <p>なお、介護保険負担限度額認定のために必要がある時は、貴職が私及び私の同居している家族全員の所得及び課税並びに世帯状況を照会することに同意し、また承諾を得ていることを申し出ます。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p style="text-align: center;">住      所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏      名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p style="text-align: right;">被保険者との続柄</p> <p style="text-align: right;">(                      )</p>						

備      考