様式第36号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | | 0 | 7 | 5 | 2 | 2 | 6 |  |
|  |
| 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 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 |  | | | | | | | | | | | | |
| 小野町長　　　　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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | 住所  氏名　　　　　　　　　　印 | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 町記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 交付年月日 | | 備考 | | | | | | | | | | | | | |  |
| 年　月　日 | | (所得分布の状況等を記入) | | | | | | | | | | | | | |
| 適用年月日 | |
| 年　月　日  から | |
| 有効期限 | |
| 年　月　日  まで | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |