

利用者負担額減額・免除申請書 (旧措置者)
(特別養護老人ホームの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												
				被 保 険 者 番 号												
個 人 番 号																
生 年 月 日		年	月	日	性	別										
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>海陽町長 様</p> <p>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・免除を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">印</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)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	