

別記様式第22号（第14条関係）

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経過措置）

フリガナ		申請年月日	年 月 日
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日	個人番号	
性別	男・女		
被保険者住所	〒 — 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		
(あて先)長沼町長 様 上記のとおり利用者負担額に係る減額・免除を申請します。 また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査することに同意します。 本人氏名 _____ 代筆者氏名 _____ 代筆者住所 _____			

長沼町記入欄

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。