様式第23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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　(　　) |
| 介護保険施設の所在及び名称 | 施設名称：〒電話番号　　　　(　　)　　　 |
| 入所年月日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 　　北杜市長　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 | 電話番号　　　　(　　) |
| 　市記入欄 |
| 　 | 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 |
| 　 |