

介護保険利用者負担額減額・免除申請書
 (特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する経過措置)

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号		1	7	2	0	6	4
			被保険者番号							
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>加賀市長 殿</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者</p> <p>氏 名 電話番号 () ー</p>										

市 記 入 欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	