

①

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		保険者番号	452029											
被保険者氏名		被保険者番号											0	0
		個人番号												
生年月日	明・大・昭 年 月 日	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>都城市長 あて</p> <p>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。</p> <p>なお、申請にかかる課税状況については、地方税法に基づく住民税の課税資料により確認することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 (被保険者) 氏 名</p> <p>電話番号 ( )</p> <p style="text-align: center;">印</p>														

市記入欄

交付年月日	備 考	
年 月 日	所得の分布状況 (1) 所得、年金収入等 ( 円) (2) 保護申請却下通知書 (3) 公簿 (生保・世帯非課税・老齢福祉年金) (4) 却下 ( )	利用者負担 給付率 / 100
適用年月日		
年 月 日から		
有効期限		
令和2年7月31日まで		

上記申請のとおり決定してよろしいか。

課 長	副課長	副主幹	担 当	決定通知
				—