様式第21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 | 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 |  | | | | | | | | |
| 二戸地区広域行政事務組合管理者　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  　　　　　住　所    電話番号  　申請者  　　　　　氏名 | | | | | | | | | | |

市町村等記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |