

**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		4	0	2	0	3	2
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0				
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	個人番号				
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					

久留米市長 あて

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

申請者  
(委任者)

氏名

電話番号

この申請に係る手続きを下記の者に委任します。(本人が申請する場合は記入不要です)

住所

本人との関係( )

受任者

氏名

電話番号

市記入欄		備考
交付年月日	年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 100/100 <input type="checkbox"/> 95/100 <input type="checkbox"/> 97/100 <input type="checkbox"/> 90/100
有効期限	年 月 日 から	番号確認： 個・通・住・シ・職・( ) 本人確認： 介・CM・個・運・旅・障・保・年・間・( )
	年 月 日 まで	

受付	審査	入力