

第18号様式(第26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			4	6	2	2	3	4
											被保険者番号								
個 人 番 号																			
生 年 月 日	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																		
南九州市長 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 住所 申請者 電話番号 氏名																			

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	