様式第１２号

**介護保険利用者負担額減額・免除申請書（旧措置者）**

**（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 |  |  |  |  |  | 2 | 9 | 4 | 4 | 9 | 6 |
|  | |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 |  | | 性別 |  | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | |
| 十津川村長　　様  　上記のとおり特別養護老人ホームの旧措置者の認定及び利用者負担額に係る減額・免除を  申請します。  　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　住　所  　申　請　者  　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　（印）  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |

保険者記入欄

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