

様式第21号(第13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	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		
<p>砥部町長 様</p> <p>上記のとおり特別養護老人ホームの旧措置入所者の認定及び利用者負担額に係る減免・免除の申請をします。</p> <p>また、私の世帯の課税内容について、調査することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号 () —</p>			

町記入欄

介護福祉課		戸籍税務課	
交付年月日	(決定事項) 1 承認する 2 承認しない 利用者負担段階 1・2・3・4	(所得分布の状況等を記入)	
年 月 日		1 町民税非課税世帯	
適用年月日		2 町民税課税世帯	
年 月 日 から		所得段階	確認者
有効期限		1・2・3・4	
年 月 日 まで			