

**介護保険 利用者負担額減額・免除申請書**  
 (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	1	5	3	8	5	8
		被保険者番号						
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	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	平成 年 月 日							
<p>阿賀町長 _____ 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額・免除の申請をします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>申請者 _____ 氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>								

阿賀町記入欄

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	老齢福祉年金の受給	有 ・ 無
年 月 日	生活保護の受給	有 ・ 無
から	平成10年度収入額	円
	平成12年3月費用徴収額	円
	平成19年度世帯課税状況	課税 ・ 非課税
有効期限	上記、確認しました。	
年 月 日 まで	平成 年 月 日 阿賀町役場福祉保健課 介護保険係	