

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要介護旧措置入所者に関する経過措置)

太枠の中を記入してください。

被 保 険 者 氏 名		保 険 者 番 号							
フリガナ		■■■■■		2	2	1	3	0	9
		被 保 険 者 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								
(あて先) 浜松市長 浜松市介護保険条例施行規則第6条の4第1項の規定により、上記のとおり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 電話番号 () - 氏名									

浜松市 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	受 付	入 力	確 認	備 考
年 月 日 まで				