

**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		保険者番号		1	5	2	2	2	3
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	生	性別							
住所									
特別養護老人ホームの所在地及び名称									
入所年月日	年 月 日								
<p>(あて先) 上越市長</p> <p>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・免除を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="padding-left: 40px;">住所</p> <p>申請者</p> <p style="padding-left: 40px;">氏 名</p>									

記載された個人情報は、介護保険利用者負担額減額・免除等に関する業務以外には使用しません。

上越市記入欄(ここから下は記入しないでください)

交付年月日	備 考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	