様式第17号(第22条関係)

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経過措置)

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td>保険者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">被保険者氏名</td><td rowspan="2"></td><td>被保険者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　月　日生</td><td>性別</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">〒　電話番号</td></tr>
<tr><td>特別養護老人ホームの所在地および名称</td><td colspan="3">〒
電話番号</td></tr>
<tr><td>入所年月日</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">米原市長　様
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
申請者　住所
氏名　電話番号</td></tr>
</table>

市記入欄

<table>
<tr><td>交付年月日</td><td>備考</td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td rowspan="5">(所得分布の状況等を把握)</td></tr>
<tr><td>適用年月日</td></tr>
<tr><td>年　月　日
から</td></tr>
<tr><td>有効期限</td></tr>
<tr><td>年　月　日
まで</td></tr>
</table>