

様式第 1 5 号（第 1 1 条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書
(特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者用)

被 保 険 者	フリガナ		保 険 者 番 号												
	氏 名		被保険者番号												
	生年月日		個人番号												
	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													
(宛先) 高松市長 上記のとおり特別養護老人ホームの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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号															

市記入欄

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	

受付担当者には裏面も記入してください。

＜受付担当者記入欄＞

職権確認 (個人番号)	
----------------	--

個人番号 確認書類	1 個人番号カード	2 通知カード	
	3 個人番号が記載された住民票等	4 その他（	）
申請者 確認書類	1点のみで可	1 個人番号カード	2 運転免許証 3 身体障害者手帳等
		4 介護支援専門員証	5 その他（
	2点確認必要	1 介護保険被保険者証	2 介護保険納入通知書 3 長寿手帳
		4 包括・事業所の職員証	5 その他（