

様式第20の3 (第23条の2関係)

**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					
被保険者氏名		被保険者番号					
		個人番号					
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	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	昭和・平成 年 月 日						
<p><b>新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様</b></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免・免除の申請をします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所 電話番号 ( ) -</p> <p>申請者 氏名</p>							

保険者記入欄

交付年月日	区分	利用者負担段階	利用者負担割合
平成 年 月 日	実質的負担 軽減者	第1段階	%
適用年月日		第2段階	備 考
平成 年 月 日から	第3段階		
有効期限	第4段階		
平成 年 月 日まで	実質的負担 軽減者以外		

[

様式第20の3（第23条の2関係）

[