

介護保険標準負担額減額認定申請書

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒 - 電話番号 () -		
介護保険施設の所在地及び名称	〒 - 電話番号 () -		
入所年月日	平成 年 月 日		
<p>猪苗代町長様</p> <p>上記のとおり食事に係る標準負担額減額を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">電話番号 () -</p>			

町記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	