

# 介護保険施設等における食費・居住費減免申請書

(様式3)

被 保 険 者 証 番 号			
被 保 険 者	住 所	生年月日	明・大・昭 . .
	氏 名	性 別	男・女
介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所している場合	施設名		
	施設の所在地		
	入所・入院した日		

以上申請します。

平成      年      月      日

申請者

住 所  
氏 名

印

市   町   村   長                      殿

申請する際、被保険者証を提出するとともに必要に応じて、以下の書類を添付してください。

氏名、性別、生年月日及び住所を証する書類

介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所している場合にあっては、これらの施設の名称及び所在地を証する書類

介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所している場合にあっては、入所し、又は入院した年月日を証する書類

介護保険負担限度額認定証（これを有する場合に限る。）