

# 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	〒 ー 電話番号 ( ) ー		
介護保険施設の所在地及び名称	〒 ー 電話番号 ( ) ー		
入所年月日	令和 年 月 日		

猪苗代町長 様

上記のとおり食事に係る標準負担額減額を申請します。

令和 年 月 日

住所  
申請者

氏名 印

電話番号 ( ) ー

## 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	