

# 無料低額介護老人保健施設利用事業 適用状況連絡票

令和 年 月 日

被 保 険 者	保険者	広 陵 町
	被保険者番号	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	入 ・ 退所日 <small>いずれかに○</small>	令和 年 月 日
	適用（開始・変更）月	令和 年 月利用分から
	適用終了月	令和 年 月利用分まで
	利用者負担軽減率	
	その他連絡事項	
施 設	名称	
	担当者名	
	TEL番号	

## 提出先

広陵町けんこう福祉部介護福祉課

〒635-0821 北葛城郡広陵町大字笠161番地2 TEL：0745-54-6663

※無料低額制度適用開始及び終了が決定したら翌月末までにご提出ください。

## 提出方法

個人情報保護の観点から、郵送又は持参で提出をお願いいたします。