介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書

様式番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 | |  | 保険者番号 | | | |  | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 被保険者番号 | | | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | |  | 個人番号 |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | |  | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | |
| **固定文言１**  備考 | | **固定文言２＋編集１** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○○市（町村）長　様  **固定文言３** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前のとおり関係書類を添えて利用負担額に係る減額・免除を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 〒  住所 | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |
| 申請者 |  | | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | |
|  | 氏名 | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |

**自由記載１**

市町村記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
| 年　月　日 | （所得分布の状況等を記入） |
| 適用年月日 |
| 年　月　日  から |
| 有効期限 |
| 年　月　日  まで |