

介護保険 利用者負担額減額・免除申請書

|   |              |  |      |  |  |  |  |  |  |
|---|--------------|--|------|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ<br>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 |  |  |  |  |  |  |
| 備考  | 利用者負担額減免申請理由 |  |      |  |  |  |  |  |  |
| <p>能代市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて利用者負担に係る減額・免除を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p> |              |  |      |  |  |  |  |  |  |

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<br>から |               |
| 有効期限        |               |
| 年 月 日<br>まで |               |