

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

| | | | | | | |
|------------------|--------------|--------|-------------|--|--|--|
| フリガナ 被保険者氏名 | | 保険者番号 | 1 7 2 0 6 4 | | | |
| | | 被保険者番号 | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日生 | 性別 | 男 ・ 女 | | | |
| 住 所 | 〒 電話番号 () | | | | | |
| 利用者負担額 減免申請理由 | | | | | | |

(あて先) 加 賀 市 長

上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額に係る減額・免除を申請します。

令和 年 月 日

住所

申請者

電話番号

氏名

印 ()

市 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 | |