様式第33号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額減額申請理由 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 〇〇市(町村)長　様  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。  　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | | 住所  氏名　　　　　　　　　　印 | | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 町記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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 | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |