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 |
| 　 |