介護保険　利用者負担額減額・免除申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 保険者番号 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額  減免申請理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 丸亀市長　宛  　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所  　申請者  　　　　　氏名 | | | 電話番号　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

保険者記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |