別記様式第40号（第25条第3項関係）

介護保険給付額減額免除申請書

和 寒 町 長　　　　　　　　　　　　様

次のとおり、給付額減額措置免除を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 申請者氏名 | ㊞ | | | | | | | | | | | | | 被保険者との関係 |  |
| 申請者住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | 性 別 | | 男　・　女 | | |
| 住　　所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請の理由 |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |