

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

被保険者番号	0	0									
個人番号											
フリガナ							生年月日	明・大・昭	年	月	日
被保険者氏名							性別	男	・	女	
住所	〒 _____										
	電話番号 ()										
利用者負担額減額・免除申請理由											
<p>くすのき広域連合長 _____ 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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所 申請者 _____ 氏名 (印)</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ()</p>											

※関係書類 り災証明・廃業届・自己破産申請等

くすのき広域連合記入欄

交付年月日	備 考	収 受 欄	
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			

申請を受理し決定してよろしいか。

総務課長	支所長	担当者

年 月 日	受付
年 月 日	決裁