

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 | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 生 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 | | | |
| 住所 | 〒 電話番号 () - | | | | | | | | |
| 利用者負担額 減免申請理由 | | | | | | | | | |
| <p>新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様</p> <p>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>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号 () -</p> <p>氏名</p> | | | | | | | | | |

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 | |

様式第20号 (第23条関係)