

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

フリガナ		保険者番号	八幡浜市	3	8	2	0	4	4
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生 年 月 日	年	月	日生	性 別	男 ・ 女				
住 所	〒			電話番号					
利用者負担額 減免申請理由									
<p style="text-align: center;">八 幡 浜 市 長 様</p> <p style="text-align: center;">上記の通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 style="margin-left: 20px;">住所</p> <p style="margin-left: 20px;">氏名</p> <p style="margin-left: 400px;">電話番号</p>									

※市記入欄(何も記入しないでください)

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	