

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名		個人番号																		
生年月日	明・大・昭	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>久慈広域連合長 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 (印)</p>																				

広域連合記入欄

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	