様式第47号（第26条関係）

介護保険給付額減額等免除申請書

久慈広域連合長　様

次のとおり、給付額減額等措置免除を申請します。

		申請年月日	年　月　日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者番号		個人番号		
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ ㊞			
生年月日	明・大・昭　年　月　日	性別	男・女	――――――――
住所	〒 電話番号			
申請の理由				