

## 介護保険 利用者負担額減額・免除申請書

被保険者番号		保険者番号	3 3 2 1 4 8	
個人番号		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
フリガナ		性別	男 ・ 女	
被保険者氏名				
住所	〒 ー			
	電話番号 ( ) ー			
利用者負担額 減免申請理由				
<p>真庭市長 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。          なお、市が私の属する世帯全員について公簿等で課税状況等を確認することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名 (被保険者本人) _____</p>				

※申請者本人が提出するときは記入不要です。

提出者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 申請者との関係 ( )

\_\_\_\_\_ 電話番号 ( ) ー

市 記 入 欄	交付年月日	備 考
	年 月 日	
	適用年月日	
	年 月 日 から	
	有効期限	
	年 月 日 まで	