

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	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>一関地区広域行政組合 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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名</p>												

広域行政組合記入欄

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	