



介護保険利用者負担額減免理由消滅届

知多北部広域連合長 様

次のとおり介護保険利用者負担額減免の理由が消滅しましたので届出をします。

		届出年月日	年 月 日
届出者氏名		本人との関係	
届出者住所	〒 _____ 電話番号 () _____		

*届出者が被保険者本人の場合は、届出者住所の欄は記載不要です。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0							
	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年 月 日				
	氏名		性別	男 ・ 女					
	住所	〒 _____ 電話番号 () _____							

消滅理由	
------	--