



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	0	0	0														
被保険者氏名			個人番号																	
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女													
住所	〒		—		電話番号 () —															
主たる生計維持者	氏名			個人番号																
	住所	〒		—		電話番号 () —														
利用者負担額減免申請理由																				

(宛先) 知多北部広域連合長

上記のとおり関係書類を添えて、介護保険利用者負担額に係る減額・免除を申請します。

年 月 日

住所

申請者 電話番号 () —

氏名 被保険者との続柄 ()

保険者記入欄

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 (前年) の合計所得
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	

係長	係

課長		受付者