

## 様式第1号（第2条関係）

## 受付印

## 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		〒 一		電話番号 ( )							一				
主たる 生計維 持者	氏名			個人番号											
	住所	〒 一		電話番号 ( )							一				
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（ ）

### 保險者記入欄

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