

記入例

介護保険利用者負担額減額・免除理由消滅届

受付印

(宛先) 知多北部広域連合長

次のとおり介護保険利用者負担額減額・免除の理由が消滅しましたので届け出ます。

	届出年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
届出者氏名	広域 太郎	被保険者との続柄 夫
届出者住所	〒476-0003 東海市荒尾町西廻間2-1 電話番号 (052) 689-2263	

*届出者が被保険者本人の場合は、届出者住所・電話番号は記載不要です。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	フリガナ	コウイキ レンコ	生年月日	明・大 昭 12年 3月 4日
	氏名	広域 連子	性別	男・女
	住所	〒476-0003 東海市荒尾町西廻間2-1 電話番号 (052) 689-2263		

消滅理由	特例による給付割合を適用する必要がなくなったため。
------	---------------------------