

様式第18号(第12条関係)

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	年	月	日生	性別	男・女						
住所	〒										
	電話番号 — —										
利用者負担額 減免申請理由											
<p>砥部町長 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。 なお、減免審査に伴い世帯全員の所得状況、課税状況等の調査に同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号 氏名 — —</p>											

町記入欄

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	
	1 承認する 2 承認しない