

様式第20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			保険者番号																										
氏名			被保険者番号																										
			個人番号																										
	生年月日	明治・大正・昭和	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>枝幸町長様</p> <p>上記のとおり介護保険利用者負担額減額・免除を申請します。 また、本申請の認定に必要なときは、私及び世帯員の課税状況等について公簿等を閲し、調査することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 印 電話番号</p>																													

町記入欄

交付年月日	備考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	