

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 電話番号 氏名</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	