

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	252031
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日		
住所	〒 電話 ()		
利用者負担額 減免申請理由			
<p>長浜市長 あて 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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 電話</p> <p>※氏名を自署しない場合は記名押印をお願いします。</p>			
市記入欄			
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			