

## 介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書

砺波地方介護保険組合 理事長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名	印	被保険者との関係	
申請者住所	〒  電話番号 ( )		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記載は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒  電話番号 ( )		
申請理由				

備考

- 1 特例を受けようとする理由を証する書類を添えてください。
- 2 被保険者証を提示してください。

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 適用年月日 (         年    月    日から) <input type="checkbox"/> 有効期限 (         年    月    日まで) <input type="checkbox"/> 給付率 (                   % ) <input type="checkbox"/> 交付年月日 (         年    月    日交付)
--------	--