

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

フリガナ	ハチノヘ タロウ		保険者番号		0	2	2	0	3	8	
被保険者氏名	八戸 太郎		被保険者番号	0	0	0	0	※	※	※	
生年月日	明(大)・昭 13 年 7 月 1 日生	性別	男(男)・女								
住所	〒 ※住所を記入して下さい 電話番号 ※番号を記入して下さい										
利用者負担額 減免申請理由	※理由を記入して下さい										
<p>(あて先) 八戸市長</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。</p> <p>令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日</p> <p>住所 八戸市内丸一丁目1-1</p> <p>申請者 氏名 八戸 太郎 電話番号 43-2111</p>											

八戸市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

受付	点検	申請入力	認定入力	認定証発行	摘要