別記
第1号様式（第11条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		0 2 2 0 3 8
		被保険者番号	0 0 0	
生 年 月 日	明・大・昭　　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				

（あて先） 八 戸 市 長

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。

令和　　年　　月　　日

申請者　住所　　氏名　　電話番号

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