

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									
<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>なお、必要な場合は本人及び主たる生計維持者等の課税状況等を調査されることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 ⑩ 電話番号</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