別記様式5－18

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 | 　 | 013342 | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | 　 |
| 　　木古内町長　様　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。　　　　　　　年　　月　　日 |
| 　　申請者 | 住所　　木古内町字氏名 | 電話番号 |
| 　木古内町記入欄 |
| 　 | 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 |
| 　 |