

様式第23号

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

フリガナ		個人番号																		
被保険者氏名		被保険者番号																		
生年月日	年 月 日	性別																		
住 所	〒																			
	電話番号																			
利用者負担額 減免申請理由																				
<p>寒河江市長 殿</p> <p>上記のとおり利用者負担額に係る減額・免除を申請します。</p> <p>なお、利用者負担額に係る減額・免除の決定に際し、私及び私の世帯の収入、課税状況等を調査す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 ㊤ 電話番号</p>																				

寒河江市記入欄

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