

介護保険 利用者負担額減額・免除申請書

(あて先)千葉市 区長

次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。

| | | | |
|----------------|--|----------|-------|
| 被保険者番号 | | 申請日 | 年 月 日 |
| フリガナ 被保険者氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 被保険者住所 | 〒 連絡先電話番号 連絡先電子メールアドレス @ | | |
| 利用者負担額減免申請理由 | (添付書類:) | | |
| 市記入欄 | 交付年月日 | 年 月 日 | |
| | 交付年月日 | 年 月 日 から | |
| | 有効期限 | 年 月 日 まで | |
| | 備考 | | |