

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	☐ 申請月から の減免を希望します。（希望しない場合には、災害発生月から の減免となります。） (添付書類)													
市記入欄	交付年月日	年 月 日												
	適用年月日	年 月 日 から												
	有効期限	年 月 日 まで												
	備考													