様式第13号(第7条関係)

介護保険給付額減額免除申請書

出雲市長　様

次のとおり、給付額減額措置の免除を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 申請年月日 | 年　月　日 |
| 申請者氏名 | 　 | 本人との関係 | 　 |
| 申請者住所 | 〒電話　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 被保険者氏名 | フリガナ |
| 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 　 |
| 住所 | 〒電話　　　　　　　　　　 |
| 申請の理由 | 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |

|  |
| --- |
| 添付書類 |