様式第22号(第20条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険利用者負担額減額・免除申請書 | | | | | | |
|  | | | | | |  |
|  | フリガナ  被保険者氏名 |  | 保険者番号 | |  |
|  |
| 被保険者番号 | |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　　年　　　月　　　日 | 性別 | 男・女 | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | |
| 利用者負担額減免申請理由 |  | | | |
| 出雲市長　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  　　　　　　　　住所  　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　氏名 | | | | |
| 市(町村)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 |
|
|
|  | | | | | | |