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 |
|
|
| 　 |