様式第23号（第26条関係）

介護保険　利用者負担額減額・免除申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  |  | 個 人 番 号 |  |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  |
| 生年月日 | 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 魚津市長　　　　　あて  　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　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 |