様式第37号（第34条関係）

介護保険給付額減額免除申請書

　　　魚津市長　　　　　あて

　　次のとおり、給付額減額措置免除を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒電話番号　　　　　　　　 |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | フリガナ |
|  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男・女 |  |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　 |
| 申請の理由 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |