

様式第1号(第3条関係)

課長	課長補佐	係長	係員	公印押印	受付印

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										
生年月日	年	月	日生	性別	男・女								
住所	〒 電話番号												
利用者負担額減免・免除申請理由													
大崎上島町長 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免・免除を申請します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 (印)													

添付書類：被災証明書、医師診断書等、減免の事由に該当することを証明する書面を添付すること。

貴町が、介護保険に係る費用負担額決定のため必要があるときは、私及び私の世帯員の収入、課税の状況並びに老齢福祉年金及び生活保護の受給状況について、関係部署に調査・確認されることに同意します。 被保険者氏名 (印)	
--	--

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	1 市町村民税世帯課税の有無 有・無
年 月 日	2 老齢福祉年金受給の有無 有・無
から	3 生活保護受給の有無 有・無
有効期限	
年 月 日	
まで	