介護保険利用者負担額減額・免除申請書護保険料減免申請書

　　　羽咋市長

　　次のとおり、介護保険利用者負担額の減額・免除を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | | | | | | | 申請日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 | |  | | | | | | | | | | | 被保険者  との関係 | | |  | | | | | | | | | | |
| 申請者住所 | |  | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　名 | |  | | | | | | | | | |
| 性　別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | |  | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| 申 請 理 由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同　　　　　意　　　　　書  　私は、この申請に関して、私と私の属する世帯の世帯員の所得状況等について、保険者（羽咋市）が調査することに同意します。  　　　　被保険者　　住所  　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　世帯員　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(注)　 減額・免除を受けようとする理由を証明するものを添付してください。