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。