

介護保険 利用者負担減額・免除申請書

フリガナ											
被保険者氏名	保険者番号					0	1	4	2	8	2
	被保険者番号										
生年月日	年 月 日生										
性別	男・女										
住所	〒 電話番号										
特別養護老人ホームの所在地及び名称	〒 電話番号										
入所年月日	年 月 日										
<p>長沼町長様</p> <p>上記のとおり利用者負担額に係る減額・免除を申請します。</p> <p>また、減額の決定に必要な私及び私の世帯員の市町村民税、所得税の課税状況並びに老齢福祉年金、生活保護受給状況について、関係当局等に報告を求めることに同意いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>											

市町村記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を把握) ※該当に○をつける。
適用年月日	イ. 老齢福祉年金受給者かつ市町村民税世帯非課税
年 月 日 から	ロ. 被保護者
有効期限	ニ. 市町村民税世帯非課税
年 月 日 まで	ヘ. 上記に該当しない者

市町村決済欄

課長	補佐	係長	係