

様式第16号(第22条関係)

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							
		個人番号							
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住 所	〒 電話番号								
利用者負担額 減免申請理由									
<p>米原市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額に係る減額・免除を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号</p> <p>氏名</p>									

市記入欄

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	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	