様式第19号(第25条の3関係)

介護保険給付額減額免除申請書

　　米原市長　　　　様

　　次のとおり、給付額減額措置免除を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 申請年月日 | 年　月　日 |
| 申請者氏名 | 　 | 本人との関係 | 　 |
| 申請者住所 | 〒電話番号　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | フリガナ |
| 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　 |
| 申請の理由 | 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |

|  |
| --- |
| 　 |