

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

--