様式第15号（第10条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 個人番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | 保険者番号 | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |
| 被保険者番号 | | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| 生年月日 |  | 性別 | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額免除申請理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 愛別町長　　　　　様  　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。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　住所  　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　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記入） |
| 適用年月日 |
| 年　月　日  から |
| 有効期間 |
| 年　月　日  まで |