様式第６号

|  |
| --- |
| **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 | 3 | 9 | 2 | 0 | 9 | 2 |  |
|  | 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 生年月日 | 　明・大・昭　　　年　　月　　日生 |  |
|  | 住　　所 | 　（〒　　　-　　　）電話番号　　　－　　　　－　　　　　　 |  |
|  | 利用者負担額減免申請理由 |  |  |
|  | 　土佐清水市長　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。　　なお，利用者負担額減額等認定にあたり，被保険者及びその世帯全員に係る課税状況等を調査することに同意します。　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　住所　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　－　　　　－　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との関係（　　　　　　　　　） |  |
| 　　　　　　　**※必ず押印すること** |
| 市記入欄 |
|  | 交付年月日 | 備　　　　　考 |  |
|  | 年　　月　　日 | （所得分布の状況等） |  |
|  | 適用年月日 |  |  |
|  | 年　　月　　日から |  |  |
|  | 有効期限 | **（決定通知書等送付先）** |  |
|  | 年　　月　　日まで |  |  |
|  |