別記様式18

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	明・大・昭　　年　　月　　日	性　別	男　・　女
住　　所	〒　　－ 電話番号　　（　　）		
利用者負担額減免申請理由			

大曲仙北広域市町村圏組合管理者　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

申請者
〒　　－
住所
氏名
電話番号　　（　　）

介護保険事務所記入欄

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	