**介護保険利用者負担額減額・免除申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ**  **被保険者氏名** |  | **保　険　者　番　号** | | | | | | **０** | | **５** | | **２** | | **０** | | **１** | | **９** | |
|  |
| **被保険者番号** | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | **明・大・昭　　年　　月　　日生** | **性　別** | **男　・　女** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **住　　　　所** | **〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **利用者負担額** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **（宛先）秋田市長**  **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |
|  | |  |
| **まで** |  | |