

## 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 | 0 | 5   | 2     | 0 | 1 | 9 |
| 被保険者氏名  |       |   | 被保険者番号    |   |     |       |   |   |   |
| 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<br>減免申請理由  |       |   |           |   |     |       |   |   |   |
| <p style="text-align: center;">(宛先) 秋田市長</p> <p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> |       |   |           |   |     |       |   |   |   |

### 秋 田 市 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<br>から |               |
| 有効期限        |               |
| 年 月 日<br>まで |               |