**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** |  |