

様式第15号(第28条関係)

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

中新川広域行政事務組合 管理者 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名	㊟	被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号 ()		

※ 申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記載は、不要です。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒 電話番号 ()		
申請の理由				

備考

- 1 特例を受けようとする理由を証する書類を添えてください。
- 2 被保険者証を提示してください。