様式第34号(第27条関係)

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 | 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 |  |
| 　取手市長　殿　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　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　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　日から |
| 有効期限 |
| 　　年　月　日まで |