

市町村受付印

広域連合受付印

介護保険 利用者負担額減額・免除等申請書
(災害等による減額認定申請)

※太枠内を記入して下さい

フリガナ 被保険者名	保険者番号			
	被保険者番号			
生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日生
性 別	男		女	
住 所	〒		電話番号	
利用者負担額 減免申請理由				

沖縄県介護保険広域連合長 様

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・免除の申請をします。

年 月 日

住所
申請者
(本人又は家族) 氏名

電話番号

印 被保険者との続柄

交付年月日	備 考 (市町村記入欄)
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	

市町村・広域記入欄

	市 町 村			広域連合	備 考
	認定証回収	申請内容確認	電算入力処理	申請内容確認	
担当者印	・	・	・	・	