

様式第19号（第16条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

利用者負担の減額等用

フリガナ		保険者番号	012054(室蘭市)
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
個人番号			
住所	〒 電話番号		
利用者負担額 減免申請理由			
<p>(宛先)室蘭市長 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。 令和 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名</p>			

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	

※市決裁欄

課長		係長	係