

フリガナ			保険者番号											
被保険者氏名			被保険者番号											
生年月日	明・大・昭		生	性 別	男 ・ 女									
住 所	〒 電話番号													
利用者負担額減免申請理由														

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。

印

本人との関係：) 電話番号

印

交付年月日	備	考
年 月 日	所得分布の状況等を記入) ☐ 市町村民税課税世帯 ☐ 市町村民税非課税世帯 ☐ 生活保護受給者 ☐ 老齢福祉年金受給者	
適用年月日		
年 月 日		
から		
有効期限		
年 月 日		
から		