

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							
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									
<p>福岡県介護保険広域連合長 様</p> <p>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。</p> <p>申請日</p> <p style="padding-left: 100px;">住所</p> <p>申請者</p> <p style="padding-left: 100px;">電話番号</p> <p>(本人)</p> <p style="padding-left: 100px;">氏名</p> <p>届出人 氏名 (本人との関係:) 電話番号</p>									

介護保険利用者負担額減額認定証の交付のために必要があるときは、広域連合が私及び私の世帯員の所得状況について、調査することに同意します。

被保険者氏名 _____

福岡県介護保険広域連合 市町村 記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入) <input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 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	