様式第47号（第26条関係）

**介護保険給付額減額等免除申請書**

久慈広域連合長　様

次のとおり、給付額減額等措置免除を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 　年　月　日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　月　日 | 性別 | 男・女 | ――――――――――――― |
| 住　　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 申請の理由 |  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |