

申 立 書

年 月 日

久慈広域連合長 様

介護保険サービス利用者負担額の免除申請にあたり、下記の理由により証明書類が添付できないため、本書により申立いたします。

1 申請者等

被保険者証番号				
被保険者 (申請者)	住所		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名	印	性別	男・女
主たる生 計維持者	住所		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男・女

2 申立理由等

申立に係る証明 書類	☐ 主たる生計維持者が廃業・休業・失業したことを証明する書類 ☐ その他の書類 ()
証明書類が添付 できない理由	
免除措置開始年月日(この欄は記入しないでください。)	

3 関係者による証明欄 (※ 申請者の関係者の方が記入してください。)

申請者_____の申立が正しいことを証明します。	
年 月 日	
住 所	
氏 名 印	
申請者との関係 _____	