

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

フリガナ				被保険者番号										
被保険者氏名				個人番号										
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女								
住所	〒													
	電話番号													
利用者負担額減免申請理由														
<p>久慈広域連合長 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>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>														

職員確認欄	被保険者の本人確認	申請者の本人確認
	<p><b>1点で確認可能なもの(顔写真付き)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 運転免許証、パスポート</p> <p><input type="checkbox"/> マイナンバーカード</p> <p><input type="checkbox"/> その他官公署から発行、発給されたもの ( )</p> <p><b>2点確認が必要なもの(顔写真なし)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 被保険者証、負担割合証、健康保険証</p> <p><input type="checkbox"/> その他官公署等から発行、発給されたもの ( )</p>	<p><b>1点で確認可能なもの(顔写真付き)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 運転免許証、パスポート</p> <p><input type="checkbox"/> マイナンバーカード</p> <p><input type="checkbox"/> その他官公署から発行、発給されたもの ( )</p> <p><b>2点確認が必要なもの(顔写真なし)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 被保険者証、負担割合証、健康保険証</p> <p><input type="checkbox"/> その他官公署等から発行、発給されたもの ( )</p>
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		