

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	フリガナ		
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			

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