

介護保険 利用者負担額減額・免除申請書

被保険者番号								個人番号											
フリガナ 被保険者氏名									生年月日	明・大・昭 年 月 日									
									性別	男・女									
住所	〒																		
	電話番号																		
利用者負担額 減免申請理由																			
<p>山陽小野田市長 宛</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>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 ⑨</p> <p>電話番号</p>																			

※添付書類 被災証明、死亡診断書、医師の診断書等の事由に該当することを証明する書面を添付してください。

市記入欄

市処理欄	確認方法		受付番号 第 号	交付番号 第 号	交付年月日
	認定等	<input type="checkbox"/> 認定 (/ 100) 理由：介護保険法施行規則第83条第 号 <input type="checkbox"/> 却下 (理由：)	令和 年 月 日	世帯の市民税課税状況	
			本人		
			生計維持者		

受付	<input type="checkbox"/> 介護保険係 <input type="checkbox"/> 山陽総合事務所 <input type="checkbox"/> ()支所	受付日	受付者	処理日	処理者	課長	補佐	係長	係員
		/		/					

本人 確認欄	1点確認	個・住・免・旅・特・その他 ()
	2点確認	健・介・後・年・生・その他 ()