|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  | 0 | 9 | 2 | 0 | 5 | 6 |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 |  | 性　　　別 |  |
| 住　　　所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　　 |
| 利用者負担額減免申請理由 |  |
| 　鹿沼市長　佐　藤　　信　宛　　　　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。　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 　　申請者 | 住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 電話番号 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

市（町村）記入欄