

## 介護保険利用者負担減額・免除申請書

フリガナ		保険者番号		0	9	2	0	5	6
被保険者氏名		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									
<p>鹿沼市長 佐藤 信宛</p> <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 電話番号</p> <p>申請者 氏名</p>									

### 市（町村）記入欄

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	