介護保険利用者負担額減額・免除申請書

フリガナ 被保険者氏名 （申 請 者）		保険者番号	1 3 2 0 1 9
		被保険者番号	
生 年 月 日	明・大・昭　　年　　月　　日生	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 電話番号		
要介護状態区分	要支援 １ ２　要介護 １ ２ ３ ４ ５　経過的要介護		
利用者負担額減免申請理由	□ 住宅・家財が災害等により、10 分の３以上の損害を受けたため （世帯全体の前年合計所得が 500 万円以下） □ 主たる生計維持者の死亡・入院・失業・事業の廃止等により、収入見込みが減少したため （前年に対して 2 分の 1 以下で、世帯全体の所得合２５0 万円以下）		

八王子市長 殿

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。

平成　　年　　月　　日

申請者氏名　　印

(被保険者)

八王子市記入欄

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	