

介護保険等利用者負担額減額・免除申請書

フリガナ		保険者番号		4	0	2	0	3	2
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住所	〒 電話番号								
利用者負担額 減免申請理由									
<p>久留米市長 あて</p> <p>上記のとおり、利用者負担額に係る減額・免除を申請します。 なお、この申請に係る事務に必要な、久留米市が保有する市税、年金、生活保護に関する資料を閲覧することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請者 (委任者) 氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>									
<p>申請を下記の者に委任します。(本人が申請する場合は記入不要です)</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>受任者 氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>									

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	

番号 確認	個・通・住・シ・職 ()	本人 確認	介・CM・個・運・旅・障・保・年・間 ()
----------	------------------	----------	---------------------------

受付	審査	入力