第1号様式（第5条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

ﾌﾘｶﾞﾅ		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													

久留米市長　あて

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。

年　　月　　日

申請者（委任者）
住所
氏名　　印
電話番号

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）

受任者
住所
氏名　　印
電話番号

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・聞 （　　）

受付	審査	入力