

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	保険者番号		0	9	2	0	1	5
	被保険者番号	0						
	個人番号							

生年月日 明・大・昭 年 月 日生

住所 〒 ー 電話番号 ー ー

利用者負担額
減免申請理由

(あて先) 宇都宮市長

上記のとおり関係書類を添えて利用負担額に係る減額・免除を申請します。

令和 年 月 日

住所 〒 ー

(申請者)

氏名 電話番号 ー ー

◎減額・免除内容の決定通知を下記に送付して下さい。

(被保険者以外の住所へ送付する場合は記入して下さい。被保険者住所へ送付する場合は不要です。)

被保険者氏名： _____

送付先	〒	電話番号：
	住所：	
	氏名：	

宇都宮市 記入欄

交付年月日	備考 (所得分布の状況等を把握)
年月日	
適用年月日	
年月日から	
有効期限 年月日まで	

受付

(添付書類確認：)

〈 記 載 例 〉

様式第18号

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

フリガナ	ウツノミヤ タロウ	保険者番号		0	9	2	0	1	5			
被保険者氏名	宇都宮 太郎	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

生年月日	明・(大)・昭 〇〇年〇〇月〇〇日生
------	--------------------

住所	〒〇〇〇—〇〇〇〇 電話番号 〇〇〇—〇〇〇〇 宇都宮市 〇〇町 〇〇番地
----	--

利用者負担額減免申請理由	例 ・〇〇災害により、住宅(全壊・半壊)、家財の著しい損害 災害発生日 平成 年 月 日 ・〇〇により、世帯収入の大幅な減少・・・など
--------------	---

(あて先) 宇都宮市長

上記のとおり関係書類を添えて利用負担額に係る減額・免除を申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所 〒〇〇〇— 〇〇〇〇

(申請者) 宇都宮市 〇〇町 〇〇番地

氏名 宇都宮 太郎 電話番号 〇〇〇— 〇〇〇 — 〇〇〇〇

◎減額・免除内容の決定通知を下記に送付して下さい。

(被保険者以外の住所へ送付する場合は記入して下さい。被保険者住所へ送付する場合は不要です。)

被保険者氏名： 宇都宮 太郎

送付先	〒320-0000 電話番号：028-000-0000 住所：宇都宮市〇〇町〇〇〇〇番地〇〇 氏名： 宇都宮 次郎
-----	---

宇都宮市 記入欄

交付年月日	備考
年月日	(所得分布の状況等を把握)
適用年月日	
年月日から	
有効期限	
年月日まで	

受付

(添付書類確認：)