

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

フリガナ		保険者番号	矢掛町 334615
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	大正・昭和 年 月 日	性別	男・女
住所	岡山県小田郡矢掛町 電話番号		
申請理由			
矢掛町長様 上記のとおり利用者負担額減額を申請します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名			
委任及び承諾書 申請にあたって申請理由を証明するために必要な世帯の課税状況及び所得状況等を公簿等で調査することに同意します。 年 月 日 住所 被保険者 電話番号 氏名			

①委任及び承諾欄に記載のない場合は、「世帯の課税証明書」を申請書に添付してください。
②本年1月1日現在矢掛町に住所のなかった方は、承諾書(別様式)を添付してください。
矢掛町記入欄

交付年月日	備考
適用年月日	
有効期限	