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		２７２１２０
被保険者氏名		被保険者番号		
生　年　月　日	明・大・昭 西　暦　　年　　月　　日	性　別	男・女	
住　　所	〒　　－　　電話番号（　　）　　－			
利用者負担額減免申請理由	１．災害のため ２．収入減少のため ３．生活保護基準に該当			

		氏　　名	生　年　月　日	性　別	生計中心者（該当者に○）
世帯構成	世帯主		年　月　日	男・女	
	世帯員		年　月　日	男・女	
			年　月　日	男・女	
			年　月　日	男・女	
			年　月　日	男・女	

（あて先）八尾市長

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。

令和　　年　　月　　日

申請者　住所　　電話番号

氏名　　（　　）　　－

市記入欄

添付書類 １　課税証明書 ２　罹災証明書 ３　証明書等　（調査同意書）	保険料納付状況	完　分　未
	給付制限の状況	無　有
	市民税課税状況	課　非　老　保

以下のとおり決定してよろしいか。

証明書確認	各状況確認	決裁			
令和　　年　月　日	令和　年　月　日	令和　年　月　日			
		係員	係長	課長補佐	課長
適　用　年　月　日	有効期限年月日				