

介護保険利用者負担額減額・免除等申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号							2	7	2	1	1	2
	被保険者番号												
	個人番号												
生年月日	年 月 日生												
住 所	〒												
	電話番号												
利用者負担 減免申請理由													
<p>(申請先) 茨 木 市 長</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</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 から	