様式第１号（第４条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

砺波地方介護保険組合　理事長　様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年　月　日
申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号　（　）		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記載は不要です。

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所	〒 電話番号　（　）		
申請理由				

備考

１　特例を受けようとする理由を証する書類を添えてください。

２　被保険者証を提示してください。

保険者確認欄	□　適用年月日　（　年　月　日から） □　有効期限　（　年　月　日まで） □　給付率　（　％　） □　交付年月日　（　年　月　日交付）