様式第12号(第13条関係)

介護保険給付率特例適用申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  | 1 | 9 | 2 | 0 | 4 | 7 |
| 被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 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 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 都 留 市 長　　様  　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。  　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日  電話番号　　　　　　（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者  （被保険者） | | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | |

注意：この申請書に、利用者負担額の減額・免除を必要とする理由を証明する書類を添付してください。

市　記入欄（以下の欄には記入しないでください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 理由確認欄 | | | 受付印 |
| 可否  □ 承認  □ 不承認 | 交付日  年　　月　　日 | 適用期日  年　　月　　日  ～ 　　　年　　月　　日 |