別記様式第19号（第８条関係）

介護保険利用者負担額　減額・免除　認定申請書

年　　月　　日

野々市市長　宛

　介護保険利用者負担額の　減額 ・ 免除　の認定を受けたいので、関係書類を添えて次の

とおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者の代理人 | 氏名 |  | 被保険者との関係 | 　 |
| 住所 | 電話番号（　　　）　　－ |

※申請者が被保険者本人の場合、上記の代理人の氏名、住所、被保険者との関係の欄は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 　 |
| 住所 | 　 |

|  |
| --- |
| 申請の理由 |