## 様式第1号(第4条関係)

											(受付)					
介護保険利用者負担額減額・免除申請書																
□太枠の中の各欄にご記入ください。											0		0			
フ リ ガ ナ 被保険者氏名				保険者番号 3						2	0	2	0			
			被保	<b>険者番号</b>												
生年月日	=	年	月	日生												
住 所	〒 鳴門市															
利用者負担額減免申請理由																
(宛先) 鳴 門 市 身	i.															
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														
住房	斤															
申請者				電話番号	(	)	-									
氏 名	4															

保険者記入欄													
交付年月日				該当区分									
年	月	日	1	D 震災、風水害、火災等による財産の著						1損害			
適用年月日				死亡、重大な障害、長期間の入院による収入の著しい減少									
年	三月	日から	3	事業の休廃止、著しい損失、失業等による収入の著しい減少									
有効期限				干ばつ、冷害、凍霜害等による不作、不漁による収入の著しい減少									
年	三月	日まで	給	付	の割っ	合	/1	/100 運用期間					か月
	決		確認			入 力				受	付		
課長	副課長	係長	係		決定通知		(送付日)	入力者		(入力日)			