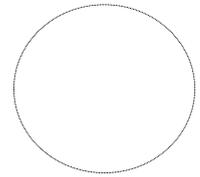


社会福祉法人等介護保険事業利用者負担軽減申請書



フリガナ					保険者番号					2	6	2	0	6	3	
被保険者氏名					被保険者番号	0	0	0	0							
個人番号																
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女										
住 所	〒 ー				電話番号 ( ) ー											
利用者負担軽減申請理由																
	氏 名				生 年 月 日			性別		生計中心者に○をつけてください						
世帯構成	世帯主															
	世帯員															
<p>(あて先) 亀 岡 市 長</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等介護保険利用者負担額に係る軽減の申請をします。</p> <p>併せて、収入の状況を調査することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;">⑩ 電話番号 ( ) ー</p>																

亀岡市記入欄

交付年月日	年 月 日	備 考
		(利用者負担等を把握)
適用年月日	年 月 日から	(世帯、収入状況等を把握)
有効期限	年 月 日まで	