

介護保険等利用料免除申請書

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住 所	〒 電話番号		
利用者負担額免除申請理由	1 住家が全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をしたため 2 主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負ったため 3 主たる生計維持者が行方不明のため 4 主たる生計維持者が業務を廃止又は休止したため 5 主たる生計維持者が失業し、現在収入がないため 6 その他（ ）		
須賀川市長 上記のとおり関係書類を添えて介護保険等利用料に係る免除を申請します。 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏名			

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	