

介護保険利用者負担額減額・免除等申請書

フリガナ		被保険者番号	
被保険者名		生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日
住 所	〒 ー 電話番号 ()		
利用者負担額 減免申請理由	(災害 ・ 収入の著しい減少) ※どちらかにマル		
府中市長 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。 この審査にあたり、必要な調査を市が公簿等の確認により行うことに同意します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号 ()			

※申請理由が「災害」の場合は罹災証明書が必要です。
※申請理由が「収入の著しい減少」の場合は、調書（別紙）および収入や支出の状況等が確認できる資料が必要です。

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	