

第10号様式(第16条第1項)

介護保険利用者負担額減額・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	明・大・昭	年月日	性別	男・女				
住所	Tel							
利用者負担額 減免申請理由								
(申請先) 横浜市 区長 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。 年月日 申請者 住所 氏名 (印) Tel								

交付年月日	備考							
年月日								
適用年月日								
年月日								
有効期限	処理欄	課長	係長	係員	決裁	受付	入力 処理	
年月日					年月日起案			
					年月日決裁			

(A4)