

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									
<p>(申請先)</p> <p>横浜市 区長</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 印 Tel</p>									

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	理
年 月 日					年 月 日 起 案			
		年 月 日 決 裁						