

別記第27号様式(第29条関係)

介護保険 利用者負担額減額・免除申請書

フリガナ 被保険者氏名	アラカワ ハナコ 荒川 花子	被保険者番号	0000000000
		個人番号	●●●●●●●●●●
生 年 月 日	明治・大正・昭和 9 年 1 月 1 日		
住 所	荒川区荒川〇-〇-〇 電話番号 3800-0000		
利用者負担額減 免 申 請 理 由	災害により一時的に、利用者負担が困難になったため。		
荒川区長 殿 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。 〇年 〇月 〇日 申請者 住所 荒川区荒川〇-〇-〇 電話番号 3800-0000 氏名 荒川 花子			

<区担当者記入欄>

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	
有 効 期 限	
年 月 日 まで	