

様式19号（第13条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号																			
	被保険者番号																			
	個人番号																			
生年月日	年	月	日	性別	男・女															
住所	〒																			
	電話番号 ()																			
利用者負担額 減免申請理由																				
せたな町長 様 上記のとおり利用者負担額減額・免除認定の申請をします。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 () 氏 名 ㊟																				

せたな町記入欄

交付年月日	備 考
年月日	(所得分布の状況等を把握)
適用年月日	
年月日から	
有効期限	
年月日まで	

