

様式第20号(第33条関係)

介護保険給付額減額免除申請書

吉岡町長 様

次のとおり、給付額減額免除を申請します。

| | | | |
|-------|-----------|--------|-------|
| | | 申請年月日 | 年 月 日 |
| 申請者氏名 | | 本人との関係 | |
| 申請者住所 | 〒 電話番号 | | |

| | | | | | | | | | |
|--------|---|--|--|-------|----|--|--|-------|--|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | フリガナ | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 年 月 日 | 性別 | | | 男 ・ 女 | |
| 住 所 | 〒 電話番号 | | | | | | | | |
| 申請理由 | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- | | | | | | | | |

【申請理由欄が足りない場合は別紙(様式自由)を添付してください】