

介護保険利用者負担限度額・免除申請書

フリガナ		保険者番号		4	3	2	1	2	0
被保険者氏名		個人番号							
		被保険者番号							
生年月日	年 月 日生								
住所	〒 電話番号() -								
利用者負担額 減免申請理由	令和7年8月豪雨災害により、家屋等の財産に被害を受けたため								
上天草市長 様 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。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号() -									

【住所地以外の送付先】

受取人氏名	住所	連絡先
続柄 ()		

【上天草市記入欄】

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	