（記 載 例）

様式第34号（第27条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

フ リ ガ ナ	トリデ タロウ	保険者番号	※記入不要
被保険者氏名	取手 太郎	被保険者番号	0000012345
		個人番号	123456789012
生 年 月 日	昭和 ●● 年 ●● 月 ●● 日	性 別	(男) ・ 女
住 所	〒302-8585 取手市寺田5139 電話番号 0297(74)2141		
利用者負担額減免申請理由	令和５年６月２日、３日の豪雨により住宅が床上浸水したため		

取手市長 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。

令和●●年●●月●●日

住 所 取手市寺田5139

申請者 電話番号 0297(74)2141

氏 名 取手 太郎

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	