様式第１１号（第１０号関係）

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										
生年月日		個人番号										
住所	電話番号											
備考												

（宛先）高松市長

前のとおり関係書類を添えて利用負担額に係る減額・免除を申請します。

年　　月　　日

〒

住所

申請者　　電話番号

氏名

市記入欄

交付年月日	備考
年　月　日	
適用年月日	
年　月　日 から	
有効期限	
年　月　日 まで	

＜受付担当者記入欄＞

職権確認 （個人番号）	

個人番号 確認書類	１　個人番号カード　　２　通知カード ３　個人番号が記載された住民票等　４　その他（　　）	
申請者 確認書類	１点のみで可	１　個人番号カード　２　運転免許証 ３　身体障害者手帳等　４　介護支援専門員証 ５　その他（　　）
	２点確認必要	１　介護保険被保険者証　２　介護保険納入通知書 ３　長寿手帳　４　包括・事業所の職員証 ５　その他（　　）