

利用者負担額減額・免除申請書

フリガナ			保険者番号					1	2	2	1	7	6
被保険者 氏 名			被保険者番号	0	0	0							
生年月日	明・大・昭	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	1 震災・風水害・火災その他これらに類する災害による著しい損害 2 世帯の生計を主として維持するもの（生計中心者）の死亡，又は障害及び 長期入院などによる収入の著しい減少 3 事業又は業務の休廃止，失業等による生計中心者の収入の著しい減少 4 干ばつ，冷害，凍霜害等による農作物の不作，不漁その他これに類する理 由による生計中心者の収入の著しい減少												
柏市長 あて 上記のとおり関係書類を添えて利用者額に係る減額・免除を申請します。 平成 年 月 日 住 所 申請者 （被保険者） 氏 名 電話番号													

柏市記入欄

交付年月日	備 考	受付日
平成 年 月 日	確認書類 ・ 被保険者証 ・ リ災証明書等 ・ その他（ ）	
適用年月日		
平成 年 月 日から		
有効期限		
平成 年 月 日まで		