様式第１号（第５条関係）

|  |
| --- |
| 原子力発電所事故避難者介護保険利用者負担軽減申請書　大熊町長　次のとおり介護保険利用者負担額減免を申請します。 |
| フリガナ | 　 | 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 |
| ※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は、記載不要 |
| 被　保　険　者 | フリガナ | 　 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 申請理由 |  |