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 | |  | | | | | | | | | | | | | | |