第１号様式（第９条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除事由消滅届

相模原市長　　あて

年　　月　　日

次のとおり、利用者負担額に係る減額(免除)の事由が消滅したので、届け出ます。

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	氏　名		電話番号	
	住　所	〒　　－		
申請者	フリガナ		被保険者との関係	
	氏　名		電話番号	
	住　所	〒　　－ ※　申請者が被保険者と同一の場合は、記載不要です。		
利用者負担額減額(免除)事由消滅理由	※　理由を記載してください。	事由が消滅した理由 ※　事由が消滅したことが確認できる書類を添付してください。		

番号確認	□個人番号カード(身元確認も兼ねる) □通知カード　□住民票(番号記載有)
	□住民基本台帳　□過去作成ファイル □その他(　　)

身元確認	□運転免許証　□運転経歴証明書　□旅券　□障害者手帳(身・療・精) □その他写真付証明書(　　)
	□公的医療保険の被保険者証　□年金手帳　□その他(　　) ※写真の無い証明書は２点以上必要