様式第４号（第６関係）

介護保険利用者負担額減額・免除適用事由消滅届出書

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者証番号 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　　年　　　　　月　　　　　日生 |
| 事由消滅内容 |  |

以上により、介護保険利用者負担額の減額・免除の適用事由が消滅したことを届け出します。

　　　　年　　月　　日

申請者

住　所

氏　名

大船渡市長　　　　　　　　様