

（あて先）浜松市長

住所  
申請者 氏名  
電話番号  
被保険者からみた関係

介護保険給付額減額等記載消除申請書

給付額減額等の記載の消除を受けたいので、浜松市介護保険条例施行規則第7条の4の規定により、次のとおり申請します。

記

被保険者番号																				
被保険者氏名	フリガナ																			
住 所	〒																			
	電話番号																			
申請の理由	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																			

課使用欄

決 裁	課長	補佐	グループ長	グループ	担当	終了させて よろしいか	処 理	保険証	