様式第1号(第4条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険利用者負担額減額・免除申請書  　□太枠の中の各欄にご記入ください。 | | | | | | | | | (受付) | | | | |  |
|  | フリガナ  被保険者氏名 |  | 保険者番号 | | | | | 3 | 6 | 2 | 0 | 2 | 0 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明治　大正　昭和　　年　　月　　日生 | | 性別 | | | | 男・女 | | | | | |
| 住所 | 〒  鳴門市 | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額  減免申請理由 |  | | | | | | | | | | | |
| (宛先)  鳴門市長  　上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額に係る減額・免除を申請します。  　平成　　　年　　　月　　　日  　　　　住所　鳴門市  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号(　　　)　　　―  　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者記入欄 | | | | | | | | | | | | | | |
| 交付年月日 | | | | 該当区分 | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | ① | 震災、風水害、火災等による財産の著しい損害 | | | | | | | | | |
| 適用年月日 | | | | ② | 死亡、重大な障害、長期間の入院による収入の著しい減少 | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日から | | | | ③ | 事業の休廃止、著しい損失、失業等による収入の著しい減少 | | | | | | | | | |
| 有効期限 | | | | ④ | 干ばつ、冷害、凍霜害等による不作、不漁による収入の著しい減少 | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日まで | | | | 給付の割合 | | | | ／100 | | | 運用期間 | | か月 | |
| 決裁 | | | | | | 確認 | | | | 入力 | | | | 受付 |
| 課長 | 副課長 | 係長 | 係 | | | 決定通知 | (送付日) | | 入力者 | | | (入力日) | |  |
|  |  |  |  | | |  |  | |  | | |  | |