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) | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |