

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							(受付)						
□太枠の中の各欄にご記入ください。													
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)			