様式第1号(第4条関係)

(受付)

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。

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。

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)	