

介護保険 利用者負担額減額・免除申請書

（ 災害・死亡・収入減少による申請書 ）

フリガナ		保険者番号		2	3	2	0	2	5
被保険者氏名		被保険者番号							
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女						
住 所	〒								
申 請 理 由 (該当事項に○)	1. 災害による (被災日:) ※被災証明添付 2. 生計中心者の死亡による (死亡者: 、死亡日:) 3. 生計中心者の収入減少による (収入減少理由:)								
(宛先) 岡 崎 市 長 上記のとおり、介護保険利用者負担に係る減額・免除を申請します。なお、被災の状況、私の世帯の生計中心者の収入状況等について調査することに同意します。 令和 年 月 日 住所 _____ 申請者 氏名 _____ ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 電話番号 _____									

岡崎市記入欄 (この欄は記入しないでください)

交 付 年 月 日	備 考		
年 月 日	(申請事由事項等の確認) 被災証明の有無 (有 ・ 無) 災害割合 (10分の)	確 認 者	
適 用 年 月 日		入 力 者	
年 月 日 から			
有 効 期 限			
年 月 日 まで			