

様式第1号(第5条関係)

介護保険利用者負担額免除申請書

フリガナ		保険者番号																		
被保険者氏名		被保険者番号																		
生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女															
住所	〒																			
	電話番号																			
減免等の内容	免除																			
申請理由 *該当する番号を○で囲んでください	令和元年台風第15号及び同年台風第19号により、以下の事由のいずれかに該当したため 1 住家が全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をしたため 2 主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため 3 主たる生計維持者の行方が不明のため 4 主たる生計維持者が事業を廃止し、又は休止したため 5 主たる生計維持者が失職し、現在収入がないため																			
袖ヶ浦市長 様 上記のとおり、利用者負担額に係る免除について申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 氏名 ⑩																				

添付書類

- 1 理由1については、罹災証明書
- 2 理由2については、死亡診断書若しくは死体検案書又は医師の診断書
- 3 理由3については、警察に提出した行方不明の届出の写し等
- 4 理由4については、税務署に提出した廃業届又は異動届の控え等
- 5 理由5については、雇用保険受給資格者証明書等