

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

フリガナ		保険者番号	034611	大槌町
被保険者氏名		被保険者番号		
		個人番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女	
住民票上の住所	〒 ー 電話番号			
現住所 (認定書送付先)	〒 ー 電話番号			
利用者負担額 免除申請理由 (該当する□に レを、【 】に 氏名を記入して ください)	□東日本大震災による被害を受けたことにより、当該者又はその属する世帯の生計を主として維持する者が住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けた場合 【著しく損害を受けた当該者又は主たる生計維持者の氏名： 〃】			
	□東日本大震災による被害を受けたことにより、主たる生計維持者が死亡又は心身に重大な障害を負った場合 【主たる生計維持者の氏名： 〃】			
	□東日本大震災による被害を受けたことにより、主たる生計維持者の行方が不明である場合 【主たる生計維持者の氏名： 〃】			
	□東日本大震災による被害を受けたことにより、主たる生計維持者が業務を廃止し、若しくは休止し、又は失職し現在収入がない場合 【主たる生計維持者の氏名： 〃】			
	□平成23年3月11日現在居住していた区域が、震災による福島原発の災害により避難指示等を受けた日： 年 月 日 居住していた住所（ 〃 ）			

大槌町長 様

上記のとおり関係書類を添えて、利用者負担額に係る免除を申請します。

年 月 日

申請者 ※介護サービス事業者の申請代行も可とします。	住所	
	氏名	

※大槌町担当者記入欄

交付年月日	備考（免除申請理由の詳細を記入）
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日	
有効期間	
年 月 日	