

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		2	5	2	0	1	5
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	年 月 日								
住所	〒 ー 大津市 電話番号 ()								
利用者負担 減免申請理由	該当する箇所に✓でチェックしてください。 ☐ 震災、風水害、火災その他の災害により、本人又は生計中心者が著しい損害を被った場合 ☐ 生計中心者が死亡した又は心身の重大な損害を受けた等により、その者の収入が著しく減少した場合 ☐ 事業又は業務の休廃等により、生計中心者の収入が著しく減少した場合 ☐ 干ばつ、冷害等による農作物の不作、不漁等により、生計中心者の収入が著しく減少した場合 ☐ その他								
大津市長 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・免除の申請をします。 年 月 日 〒 ー 住所 申請者 電話番号 () 氏名 続柄 ()									

(備考) 利用者負担額の減額又は免除を必要とする理由を証明する書類を添付してください。

大津市記入欄

交付年月日	備考	受付
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)	
適用年月日		
年 月 日から		
有効期限		
年 月 日まで		