

介護保険給付の給付額減額等の措置解除申請書

申請年月日、申請者の住所、氏名、被保険者との続柄を記入してください。

介護保険給付の給付額減額等の措置解除申請書

(あて先) 京都市長	令和2年 4月 1日
申請者の住所 〒111-1111 京都市中京区〇〇〇	申請者氏名 (本人との続柄) 京都 太郎 (本人)

以下のとおり給付額減額等の措置解除を申請します。

住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上	申請者と被保険者が同じ場合は「同上」のチェックボックスに印点を付けることで、住所・氏名の記載を省略することができます。	
		電話	075-111-1111
氏名 (フリガナ)	<input checked="" type="checkbox"/> 同上	被保険者番号	10001-00000
	<p>被保険者の住所、電話番号、氏名、被保険者番号を記入してください。</p> <p>該当するものに○を付けてください。</p> <p>* 該当するものを選択し、下の欄に詳しく記載してください。</p> <p>1. 生活保護の受給 2. 災害 3. 重大な障害又は長期入院</p> <p>4. 収入の激減 5. その他</p>		
申請理由	<p>世帯主の被保険者が長期入院し、治療費を支払ったことにより、家計を圧迫したため。</p> <p>該当する項目の申請理由について、詳しく記入してください。</p>		

(次の欄は、承認決定を行うための欄ですので記入しないでください。)

上記の中請について、下記のとおり、 <input type="checkbox"/> 承認・ <input type="checkbox"/> 不承認することを決定します。			
年 月 日 起案	課長	認定・給付	
年 月 日 決定		課長補佐・係長	係長
決 定	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	理 由	