

利用者負担額減免認定申請書（災害減免）

| | | | |
|---|--|--------------------|--|
| 申請者の住所、氏名を記入してください。 | | 申請日を記入してください。 | |
| 介護保険利用者負担額減免認定申請書 | | | |
| (宛先) 京都市長 | 令和〇年〇月〇日 | | |
| 申請者の住所 京都市中京区〇〇〇 | 申請者の氏名 京都 太郎 | | |
| 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。 | | | |
| 第21条の規定により利用者負担額の減免の認定を申請します。 | | | |
| 被保険者 | 住 所 | 京都市中京区〇〇〇 | |
| | フリガナ | 電話番号 075-111-1111 | |
| | 氏 名 | 被保険者番号 10001-00000 | |
| 認定を受けようとする 理由として「災害等に よる財産の損害」にチ ェックしてください。 | | | |
| 認定を受けようとする理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 災害等による財産の損害 <input type="checkbox"/> 生計維持者の死亡等による収入の減少 <input type="checkbox"/> 事業の休廃止、失業等による収入の減少 <input type="checkbox"/> 農作物の不作等による収入の減少 | | |
| 詳しい理由を記入してください。 火事で家が全焼し、住む場所が なくなつたため。 | | | |
| 詳しく理由を記入してください。 | | | |

下欄は記入しないでください)

下欄は記入します。↓

下記のとおり決定します。

| | | | | | | | | |
|------|----|---|---|-----|----|---|---|-----|
| 減額率 | 割 | | | | | | | |
| 認定期間 | 令和 | 年 | 月 | 日から | 令和 | 年 | 月 | 日まで |