

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 2 1 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	キョウト タロウ	電話番号 075-111-1111											
	氏 名	京 都 太 郎	被保険者番号	1	0	0	0	1	-	0	0	0	0	0

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。

- ☒ 災害等による財産の損害
- 認定を受けようとする理由
- ☐ 生計維持者の死亡等による収入の減少
- ☐ 事業の休廃止、失業等による収入の減少
- ☐ 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、住む場所がなくなったため。

詳しく理由を記入してください。

注 該当する□には、✓印を記入してください。

下欄は記入しないでください。

起 案	令和 年 月 日	決 定	令和 年 月 日	課 長		係 長		係 員	
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								