

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。

第12号 21条関係)

介護保険利用者負担額減免認定申請書

(あて先) 京 都 市 長	令和2年 4月 1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。

京都市介護保険規則第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	電話 075-111-1111
	フリガナ キョウト タロウ	被保険者 番号 10001-00000
	氏 名 京 都 太 郎	

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	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。
	<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	

詳しく理由を記入してください。

注 該当する口にはレ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	年 月 日	決定	年 月 日	部 長	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	年 月 日 から			年 月 日 まで			