

介護保険利用者負担額減免認定申請書

| | |
|---------------|--------|
| (あて先) 京 都 市 長 | 年 月 日 |
| 申請者の住所 | 申請者の氏名 |

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 | 電 話 | | | | | | | | | |
| | フリガナ | 被保険者 | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | 番 号 | | | | | | | | | |
| 認定を受けようとする理由 | <input 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。)

注 該当する□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 | | | |