

利用者負担額減免認定申請書（収入減）

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

収入減となる理由をチェックしてください。

詳しい理由を記入してください。

- 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

生計維持者である長男が死亡したので収入が少なくなった。年金はあるが少なく、貯金もあまりないため。

詳しく理由を記入してください。

注 該当する口には、✓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					