

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。

第12号様式（第1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		

災害等による財産の損害
 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。
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。

収入減となる理由をチェックしてください。

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			