

介護保険利用者負担額免除申請書

平成 年 月 日

大船渡市長 あて

郵便番号：〒 _____

住 所： _____

申請者 電話番号： _____

氏 名： _____ 印

被保険者との関係： _____

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

(フリガナ)		個人番号																		
被 保 険 者 氏 名		被保険者番号																		
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月	日生	性 別	男 ・ 女														
住 所	〒 _____																			
電 話 番 号	電話番号 ()																			

世帯主氏名		被保険者との関係	
世帯主住所			
主たる生計維持者			

減免・減額・ 免除申請 理 由	平成23年東日本大震災による被災（下記該当事項に○をつけてください）	
	住宅、家財等の損害	全壊・大規模半壊・半壊
	主たる生計維持者の被災	死亡・行方不明・重度障害・長期入院
	主たる生計維持者の著しい収入減	
	その他 ()	

□大船渡市記入欄

交付年月日	□り災証明 届出書 ・ 証明書	受領印
平成 年 月 日	□被保険者証 有 ・ 無 ()	
適用年月日	□その他	
平成 年 月 日		
有効期限	□要介護度 支 () ・ 介護 () ・ 申請中	
平成 年 月 日	□1号被保険者 □2号被保険者	