様式第１号（第４関係）

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

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：

被保険者との関係：

次の事由により、介護保険利用者負担額の減額・免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 　　　　　　（　　　　　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 利用者負担額減免申請事由 | 令和７年大船渡市大規模林野火災により、住家に被害を受けたため |
|  |
|  |
|  |
| 添付書類 | １　り災証明書　２　その他事由を証明する書類（　　　　　　　　　　　　　　） |

□大船渡市記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 確認事項○該当省令　第（　　　）条第１項第（　　　）号○負担割合　（　　　）割　　□申請中○介護保険料の滞納　　□有　　□無 | 受領印 |
| 　　　年　 月　 日 |
| 適用年月日 |
| 　　　年　 月　 日 |
| 有効期限 |
| 　　　年　 月　 日 |