様式第２３号（第１３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護保険利用者負担額減額・免除申請書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  　被保険者氏名 | |  | | | 性別 | 保　険　者　番　号 | | | | | | | | 3 | 5 | 2 | 0 | 1 | 3 |  |
|  | | | 男  女 |
| 被保険者番号 | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | 個人番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　　所 | | 〒 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 減免を受けようとする事由 | 1 事由の種別 | □ (1) 災害 （災害の種類　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　 　（り災年月日　　　　　　年　　月　　日 ） 　　 （被災の状況 全焼・全壊・流失・半焼・半壊・床上・床下）  □ (2) 主として生計を維持する者の死亡（　　　　年　　月　　日死亡）  □ (3) 主として生計を維持する者の収入の著しい減少 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 主として  生計を維持する者 | ※1で (1) 又は (2) の場合に記入して下さい。  　氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との関係  住 所 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 主として  生計を維持する者の収入の著しい減少の事由 | ※1で (3) の場合に記入して下さい。  □ 障害又は長期入院 （傷病名又は症状 ） 　 （発病又は負傷年月日 　　 年 月 日 ） 　 （医療機関名 ）  □ 事業の休廃止 （事業の種類 ） （休廃止日 　　　　年　　月　　日 ）  □ 失業 （離職日 年 月 日 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （宛先）　下関市長  　　上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額に係る減額・免除を申請します。  　　　　　　年　　月　　日  　　申請者　　住　所  　（被保険者） 電話番号  　　　氏　名  代理申請者　住　所 　 （申請者との続柄　　　　　　　）  　 （電話番号　　　　　　　　　　）  　　　氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (市記入欄) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 交付年月日 | | | 適用年月日 | 有効期限 | | | | | | 給　付　率 | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | 年　　月　　日 から | 年　　月　　日 まで | | | | | | ／100 | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 提　　出 | □本人　□代理　□使者　□郵送 | | ※写真付は1点・写真無しは2点  身　元　確　認 | □運転免許証　□旅券　□個人番号カード  □身体障害者手帳  □介護保険被保険者証　□介護保険負担割合証  □介護保険負担限度額認定証  □健康保険・後期高齢者医療被保険者証  □介護支援専門員証  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 代理権の確認 | □介護保険被保険者証  □委任状　□その他（　　　　　） | | | 個人番号確認 | 個人番号カード提示 | 有　・　無 | | 通知カード・住民票提示 | 有　・　無 | | システム確認 | □確認済み | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |