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 |

 |