

介護保険利用者負担額等減額・免除申請書

受付印

フリガナ 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	〒														
申 請 理 由	電話番号														
(理由の生じた日 年 月 日)															
世帯員及び生計を同じにしている家族の収入の状況 (収入のある方のみ記入してください。)															
続柄	氏 名	年 齢	前年の収入	収入の種類	生計維持者に○をつけてください										
本人			円												
住宅・家財・財産に損害を受けた時															
り 災 物 件			所有者氏名				保険金等の受取り予定額								
主たる生計維持者の収入が著しく減少した時															
続柄	氏 名	収入見込み額			収入の種類										
		円													
*収入見込み額は、理由が生じた日以後1年間。ただし、長期入院の場合は、申請日以後1年間。															
(あて先) 松山市長 令和 年 月 日															
上記について、証拠書類等を添えて介護保険利用者負担額等に係る減額・免除の申請をします。 なお、申請にあたり、世帯員等の課税状況や所得状況を担当職員が確認することに同意します。															
住 所			被保険者との関係												
申請者	氏 名				電話番号										
		印			—										