

介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書

（宛先）高槻市長

次のとおり関係書類を添えて、介護保険利用者負担額にかかる減額・免除を申請します。
 なお、この申請にかかる審査のために、市が私（被保険者）の世帯構成や、私（被保険者）及び私の世帯員の所得状況等について、公簿により調査することに同意します。
 また、申請事由に変更があった場合、速やかに届け出ます。

		申請年月日	令和	年	月	日
申請者氏名		被保険者との関係				
申請者住所	〒 - Tel () -					

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0						性別	男・女	
	個人番号											
	フリガナ					生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	被保険者氏名											
	被保険者住所	〒 - Tel () -										

申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 1 住宅、家財若しくはその他の財産が災害を受けたことにより損害を受けたため <input type="checkbox"/> 2 世帯の生計を主として維持する者の収入が、死亡または心身に重大な障がいを受けた等で著しく減少したため <input type="checkbox"/> 3 世帯の生計を主として維持する者の収入が、事業または業務の休止、廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少したため <input type="checkbox"/> 4 世帯の生計を主として維持する者の収入が、農作物の不作、不漁等により著しく減少したため <input type="checkbox"/> 5 その他 ()
------------------	---

※ 申請者の本人確認書類の提示（運転免許証、健康保険証等）が必要です。
 ※ 申請理由の状況を証する書類（罹災証明書の写し・収入状況を証する書類等）を添付してください。
 ※ 申請者が成年後見人、保佐人、補助人の場合は、登記事項証明書の写しを添付してください。

（市記入欄）

受 付 日	申請者確認書類	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	添付書類	<input type="checkbox"/> 罹災証明書（全壊／半壊） <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 年金の振込通知書 <input type="checkbox"/> 給与明細書 <input type="checkbox"/> 預金通帳の写し <input type="checkbox"/> その他 ()				
	給付率	<input type="checkbox"/> 100/100（ <input type="checkbox"/> 1全壊 <input type="checkbox"/> 3～5生計困難） <input type="checkbox"/> 95/100（2半壊）				
	受付者	入力	確認	発送	備考	