様式23号

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | **ヒタチ　　　タロウ** | 保険者番号 |  |  |  |  | 0 | 8 | 2 | 0 | 2 | 4 |
| 被保険者氏名 | **日立　太郎** |
| 被保険者番号 | **0** | **0** | **0** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 生年月日 | **昭和５年５月５日** | 個人番号 | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **0** | **1** | **2** |
| 住所 | 〒**３１７**－**００６５****日立市助川町１丁目１番１号**電話番号　**０２９４**（**２２**）**３１１１** |
| 利用者負担額免除申請理由 | １　本人が居住している家屋が「全壊」、「大規模半壊」、「中規模半壊」、「半壊」の被害を受けた方２　主たる生計維持者が居住している家屋が「全壊」、「大規模半壊」、「中規模半壊」、「半壊」の被害を受けた方 |
| 令和　　年　　　月　　　日**提出日を記入してください。(記載日ではありません。)**　　日立市長　　　　殿　　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。住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　）　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**被保険者本人の住所、氏名、電話番号を記入してください。** |
| 利用サービス（該当する利用サービスに○をつけてください。） | １　介護保険施設に入所している施　設　名　：**ご利用されている(利用予定)介護サービスの情報を記入ください。**施設の所在地：入所・入院日：２　施設以外のサービスを利用している利用サービス：利用事業所：３　現在はサービスを利用していないが、利用予定がある利用予定時期：利用予定サービス： |