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： | | | | | | | | | | | | | | | | | |