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 |  | | 保険者番号 | | |  | |  | |  | |  | | 0 | 8 | 2 | 0 | 2 | 4 |
| 被保険者氏名 |  | |
| 被保険者番号 | | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年月　日 | | 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒－  電話番号　（） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  　　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　：  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： | | | | | | | | | | | | | | | | | |