

福祉避難所等の設置運営マニュアル

様式集

被災状況確認表

施設名	確認日時	確認者
	年 月 日 時 分	

1 施設周辺、施設外観の状況

調査箇所	点検項目	異常無し 又は良好	異常有
施設周辺	<input type="checkbox"/> 近くで火災が発生していないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 延焼の危険性はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ガス臭がしないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 地割れ、陥没、隆起、液状化がないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 施設周辺の建築物等が倒壊し、危険ではないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 断線し垂れ下がっている電線はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 周辺道路(幹線道路からの進入の可否)は通行できるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 特記事項		
施設外観 (外観)	<input type="checkbox"/> 建物が傾いていないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 柱および壁面等に亀裂・剥離がないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 窓ガラスの破損がないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 出入口の扉が開閉できるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 電気はつくか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 特記事項		
施設外観 (別館)	<input type="checkbox"/> 建物が傾いていないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 柱および壁面等に亀裂・剥離がないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 窓ガラスの破損がないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 出入口の扉が開閉できるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 電気はつくか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 特記事項		

2 施設内部の状況

調査箇所	階	室・トイレ・廊下						
点検項目 A:良好 B:良好ではないが、応急 措置で対応 可能 C:応急措置で は対応不可 能	<input type="checkbox"/>	出火防止措置を講じたか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	ガス臭くないか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	出入口の扉は開閉ができるか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	床の破損がないか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	柱および壁面等に亀裂・剥離がないか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	天井の亀裂・落下がないか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	窓ガラスの破損がないか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	備品等の転倒、落下がないか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	電気はつくか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	断水していないか	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
<input type="checkbox"/>	特記事項(緊急に必要な補修など)							

開設準備チェック項目一覧表

項目		チェック	備考	
参集、 利用者の安全確保	開所時間外	施設長等責任者の参集	<input type="checkbox"/>	
		施設の開錠	<input type="checkbox"/>	
		勤務時間外職員の参集	<input type="checkbox"/>	
	開所時間内	利用者の安全確保	<input type="checkbox"/>	
		利用者数確認	<input type="checkbox"/>	
		負傷者の有無の確認	<input type="checkbox"/>	
		勤務時間外職員の参集	<input type="checkbox"/>	
	職員の安全確認	職員の勤務状況確認	<input type="checkbox"/>	
負傷者の有無の確認		<input type="checkbox"/>		
勤務時間外職員の安否確認		<input type="checkbox"/>		
施設の被害状況確認	建物の被害状況	<input type="checkbox"/>		
	電話等通信手段	<input type="checkbox"/>		
	電気	<input type="checkbox"/>		
	ガス	<input type="checkbox"/>		
	水道	<input type="checkbox"/>		
	トイレ	<input type="checkbox"/>		
施設所管部署への報告	次の項目(○)を報告	<input type="checkbox"/>		
	○施設名、責任者	<input type="checkbox"/>		
	○施設の状況	<input type="checkbox"/>		
	○本来業務継続の可否	<input type="checkbox"/>		
	○福祉避難所開設の可否	<input type="checkbox"/>		
	○受入可能人数	<input type="checkbox"/>		
	○必要な物資、人員等	<input type="checkbox"/>		
開設準備	受入場所の確保	<input type="checkbox"/>		
	物資、器材等の確認	<input type="checkbox"/>		
	トイレの確保	<input type="checkbox"/>		
	職員体制の確認	<input type="checkbox"/>		
	開設準備完了を施設所管部署へ報告	<input type="checkbox"/>		
協力可能な提供物資 (※本来業務に支障のない範囲内とします)				

開設要請(承諾)書

年 月 日

(熊本市長)又は(施設長) 様

(施設長)又は(熊本市長)
(健康福祉局対策部福祉総務班長)

災害時における福祉避難所等の設置運営に関する協定書第3条の規定に基づき、福祉避難所等の入所等について下記のとおり要請(承諾)します。

記

開 設 期 間	年 月 日 () ~ 年 月 日 () ※開設の延長が必要な場合にあつては、協議のうえ延長を行うこととします	
施 設 の 種 類	福祉避難所	福祉子ども避難所
備 考		

熊本市担当連絡先	課名:	担当者:	電話:096-328-2340
			FAX:096-351-2183

施設担当連絡先	役職等:	担当者:	電話:
			FAX:

健康相談表(共通様式)		方法		対象者		担当者(自治体名)		
No.	初回・()回	・面接 ・電話 ・その他 ()	・訪問	乳児 幼児	妊婦 産婦 高齢者	相談日	年 月 日	
				障害者		時間		
保管先		()		その他()		場所		
基本的な状況	氏名(フリガナ)		性別	生年月日			年齢	
			男・女	M・T・S・H 年 月 日			歳	
	被災前住所		連絡先		避難場所			
	①現住所		連絡先		自宅 自宅外:車・テント・避難所 (避難所名:)			
	②新住所		連絡先		家族状況			
	情報源、把握の契機/相談者がいる場合、本人との関係・連絡先		独居・高齢者独居・高齢者のみ世帯 家族問題あり()					
	被災の状況		制度の利用状況					
家に帰れない理由 自宅倒壊・ライフライン不通・避難勧告・精神的要因(恐怖など) その他()		・介護保険(介護度) ・身体障害者手帳(級) ・療育手帳(級) ・精神保健福祉手帳(級) ・その他()						
身体的・精神的な状況	既往歴	現在治療中の病気		内服薬				
	高血圧、脳血管疾患、高脂血症、糖尿病、心疾患、肝疾患、腎疾患、精神疾患、結核、難病、アレルギー、その他()	高血圧、高脂血症、糖尿病、心疾患、肝疾患、腎疾患、精神疾患、結核、難病、アレルギー、その他()		なし・あり(中断・継続) 内服薬名()				
				医療器材・器具		医療機関名		
				在宅酸素・人工透析 その他()		被災前: 被災後:		
				食事制限		血圧測定値		
				なし あり 内容() 水分()		最高血圧: 最低血圧:		
現在の状態(自覚症状ごとに発症時期・持続・転帰を記載)				具体的自覚症状(参考)				
				①頭痛・頭重②不眠③倦怠感④吐き気⑤めまい⑥動悸・息切れ⑦肩こり⑧目の症状⑨咽頭の症状⑩発熱⑪便秘/下痢⑫食欲⑬体重減少⑭精神運動減退/空虚感/不満足/決断力低下/焦燥感/ゆううつ/精神運動興奮/希望喪失/悲哀感⑮その他				
日常生活の状況		食事	保清	衣類の着脱	排泄	移動	意思疎通 判断力・記憶	その他
	自立							
	一部介助							
	全介助							
備考 必要器具など								
個別相談活動	相談内容				支援内容			
					今後の支援方針 解決 継続 [栄養:要][歯:要]			

各区→熊本市→施設

(様式2-4号)

要配慮者受入要請書

年 月 日

(時 分)

市健康福祉局対策部
福祉総務班長または(施設長) 様

区対策部

保健福祉班長(福祉総務班長)

災害時における福祉避難所等の設置運営に関する協定書第3条の規定に基づき、福祉避難所等への受入れについて下記のとおり要請します。

施設の種類	福祉避難所	福祉子ども避難所
備考	障がい者福祉施設(入所・通所)・高齢者福祉施設(入所・通所)・その他	

要配慮者等受入要請者名簿

要配慮者氏名	(フリカナ)	年齢:生年月日	年 月 日	歳	性別
本人住所			本人等連絡先		
心身及び障がいの状況 (服薬、既往症等を記載する)					
要介護度又は障害等級・支援区分					
要配慮者の要望等	＜要配慮者のニーズ(要望)と精神的な面を含め、必要とされる特別な配慮等＞				
歩行状態	※車椅子や補助具利用等の状況を記載すること				
食事形態	※きざみ食・ミキサー食・とろみ食等				
かかりつけ医			連絡先 電話番号		
かかりつけ医所在地					
付添人情報	＜付添人氏名>(フリガナ)		＜付添人連絡先＞		
	＜付添人住所＞				
	＜いつまで付添が可能か＞				
身元引受人情報	＜引受人続柄・氏名>(フリガナ)		＜引受人連絡先＞		
	＜引受人住所＞				

○区担当連絡先	課名:	担当者:	電話:
			FAX:
熊本市担当連絡先	課名:	担当者:	電話:096-328-2340
			FAX:096-351-2183

施設→市役所→各区 ※氏名にはフリガナを必ずご記入ください。

(様式5号)

役所担当先 FAX:096-351-2183

年 月 日

要配慮者等 ・ 緊急入所者 受入リスト

いずれかに○を付けてください。

(福祉避難所 ・ 福祉子ども避難所 ・ 緊急入所施設)

施設名 _____

番号	氏名		生年月日		年齢	性別	住所		電話	
			明・大 昭・平	年 月 日	歳	男・女				
	入所日		心身の状況							
	退所日		転出先					備考		
		〔住所〕					〔電話〕			
番号	氏名		生年月日		年齢	性別	住所		電話	
			明・大 昭・平	年 月 日	歳	男・女				
	入所日		心身の状況							
	退所日		転出先					備考		
		〔住所〕					〔電話〕			
番号	氏名		生年月日		年齢	性別	住所		電話	
			明・大 昭・平	年 月 日	歳	男・女				
	入所日		心身の状況							
	退所日		転出先					備考		
		〔住所〕					〔電話〕			
番号	氏名		生年月日		年齢	性別	住所		電話	
			明・大 昭・平	年 月 日	歳	男・女				
	入所日		心身の状況							
	退所日		転出先					備考		
		〔住所〕					〔電話〕			
番号	氏名		生年月日		年齢	性別	住所		電話	
			明・大 昭・平	年 月 日	歳	男・女				
	入所日		心身の状況							
	退所日		転出先					備考		
		〔住所〕					〔電話〕			

福祉子ども避難所直接受入者状況確認調書

状況確認日時 年 月 日 時 分

要配慮者・緊急入所者 受入リス番号 号

要配慮者氏名	(フリガナ)	生年月日等	年 月 日	歳	性別
本人住所			本人等連絡先		
心身及び障がいの状況 (服薬、既往症等を記載する)					
要介護度又は障害等級・支援区分					
要配慮者の要望等	＜要配慮者のニーズ(要望)と精神的な面を含め、必要とされる特別な配慮等＞				
歩行状態	※車椅子や補助具利用等の状況を記載すること				
食事形態	※きざみ食・ミキサー食・とろみ食等				
かかりつけ医			連絡先 電話番号		
かかりつけ医所在地					
付添人情報	＜付添人氏名＞(フリガナ)			＜付添人連絡先＞	
	＜付添人住所＞				
	＜いつまで付添が可能か＞				
身元引受人情報	＜引受人続柄・氏名＞(フリガナ)			＜引受人連絡先＞	
	＜引受人住所＞				
備考					

移送要請書

(施設名) 様 年 月 日
熊本市長
(健康福祉局対策部福祉総務班長)

災害時における要配慮者等の移送を、下記のとおり要請いたします。

要配慮者氏名	外 名
身元引受人	氏 名: 続柄:
	連絡先:
避難所名	
避難所住所	
現場担当職員	TEL:
移送希望日時	年 月 日 午前 午後 時 分

年 月 日

移送記録簿

【施設名】

移送年月日	移送区間	距離	使用車両	移送者名 (要配慮者)
年 月 日	～			
年 月 日	～			
年 月 日	～			
年 月 日	～			
年 月 日	～			
年 月 日	～			

《 備考 》

(様式7-1号)

管理票番号:

物資等要望票

様

年 月 日

以下の物資等について、要望致します。

施設名	
担当者名	
連絡先	
要望日時	

要望物資等

No.	物資等品目	数量		備考 (配送期限、至急等)	取扱部署※ (使用欄)
			単位		

※取扱欄:○要望可、×却下、△その他

(様式7-2号)

物資等避難所要望集計表(福祉避難所・福祉子ども避難所)

集計日: 年 月 日
区対策部:

整理番号	避難所要望情報														備考		
	物資等配送 要望票番号 (様式7-2)	福祉避難所等 の施設名	避難所 からの要 望確認 時刻	品目													
				単位	取扱※	単位		取扱※									
	計			0		0		0		0		0		0		0	

※取扱欄:○要望可、×却下、△その他

施設

(様式7-3号)

年 月 日

食糧・物資等受払簿

【施設名又は学校名】及び【受領者名】

【受領者】(依頼時の発信者と異なる場合に記入してください。)

受け入れ			払い出し							在庫数
月 日	品 名	数量								
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							

施設 ⇒ 熊本市災害ボランティアセンター(熊本市社会福祉協議会)

熊本市ボランティアセンター宛 FAX 359-1800
TEL 288-2748

所長 係

受付職員

福祉避難所等ボランティア依頼票

【依頼日時】 年 月 日() 午前・午後 時 分

福祉避難所名 (住所・代表者名)	(〒 -)	TEL
		FAX
担当者名	部署名	緊急連絡先

※依頼内容は簡潔に(箇条書き)記入して下さい。

ボランティア (内訳) 男性 名・女性 名・計 名

【依頼内容】

【活動日時】 平成 年 月 日()～平成 年 月 日() (日間)

【活動時間】

介護福祉士 (内訳) 男性 名・女性 名・計 名

【依頼内容】

【活動日時】 平成 年 月 日()～平成 年 月 日() (日間)

【活動時間】

看護師 (内訳) 男性 名・女性 名・計 名

【依頼内容】

【活動日時】 平成 年 月 日()～平成 年 月 日() (日間)

【活動時間】

その他() (内訳) 男性 名・女性 名・計 名

【依頼内容】

【活動日時】 平成 年 月 日()～平成 年 月 日() (日間)

【活動時間】

依頼者による準備物 送迎(有・無) 昼食(有・無) 交通費(有・無)

ボランティアセンター回答期日 平成 年 月 日まで

特記事項

福祉避難所等指定解消通知書

年 月 日

(施設名)

様

熊本市長

(健康福祉局対策部福祉総務班長)

災害時における福祉避難所等の指定を下記のとおり解消します。

記

施設名	
施設の種類	福祉避難所 ・ 福祉子ども避難所 いずれかに○を付けてください。
解消日	年 月 日
備考	

年 月 日

緊急入所利用者負担分の費用に関する申請書

熊本市長 様

住 所

施 設 名

代表者名

㊞

緊急入所により入所した者の自己負担分の費用について、下記のとおり申請いたします。

記

高齢 介護サービス費、食費・居住費等

障がい 介護給付費等

※いずれか該当するものに○を付けてください。

1 施設名

2 金額

円

3 申請内容

別紙一覧表のとおり。

年 月 日

緊急入所利用者負担分の費用に関する利用状況一覧

施設名: _____

《記載例》	利用者氏名	住 所		生年月日	介護度	利用期間
	熊本 太郎	熊本市中央区手取本町1-1		S11.1.1	要介護4	年 月 日 ~ 年 月 日
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備 考	
	18,000円	12,090円	25,420円	52,510円		
1	利用者氏名	住 所		生年月日	介護度	利用期間
						年 月 日 年 月 日
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備 考	
2	利用者氏名	住 所		生年月日	介護度	利用期間
						年 月 日 年 月 日
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備 考	
3	利用者氏名	住 所		生年月日	介護度	利用期間
						年 月 日 年 月 日
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備 考	
4	利用者氏名	住 所		生年月日	介護度	利用期間
						年 月 日 年 月 日
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備 考	

＜添付資料＞

※利用者負担分の根拠となる入所施設が発行した利用者ごとの明細書の写し

※食費・居住費にかかる利用者ごとの「負担限度額認定書」の写し

※介護サービス費等の額の特例にかかる利用者ごとの「介護保険利用者負担額減額・免除認定証」の写し

介護保険サービス利用料減免申請書

熊本市長 様

次のとおり介護保険サービス利用料の減免を申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号() -		

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要

被 保 険 者	被保険者番号		要介護度	要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒 - 電話番号() -		
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
利用サービス種類				

申請理由	<input type="checkbox"/> 世帯の生計維持者が、災害等を受けたことにより損害を受けたため。 <input type="checkbox"/> 世帯の生計維持者が、死亡又は心身に重大な障害を受けその者の収入が著しく減少したため。 <input type="checkbox"/> 世帯の生計維持者が、事業又は業務の休止、廃止、事業における著しい損失、失業等によりその者の収入が著しく減少したため。 <input type="checkbox"/> 世帯の生計維持者が、農作物の不作、不漁等によりその者の収入が著しく減少したため。 <input type="checkbox"/> その他()
備考	

区 使 用 欄	受付	入力	確認	発送	受付区	担当区
	被害の程度		介護保険料段階		給付率	
	<input type="checkbox"/> 半壊	<input type="checkbox"/> 大規模半壊	<input type="checkbox"/> 半壊	<input type="checkbox"/> 大規模半壊	100	
	<input type="checkbox"/> 全壊	<input type="checkbox"/> 全壊	<input type="checkbox"/> 全壊	<input type="checkbox"/> 全壊	97	
					94	

介護保険負担限度額認定申請書

※裏面も記入してください。

年 月 日

熊本市長 宛

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号											
	個人番号											
	性 別		男 ・ 女									
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭		年		月		日					
住 所	〒											
	連絡先電話番号											
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 ※	利用施設形態をチェックしてください。(該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>)											
	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 地域密着型											
	<input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 申請時未入所 <input type="checkbox"/> 短期入所(特養) <input type="checkbox"/> 短期入所(老健・療養型))											
	名称			所在地								
	連絡先電話番号											
入所(院)年月日 ※	昭 ・ 平		年		月		日					
	※介護保健施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は記入不要です。											

配偶者の有無	有 ・ 無		先において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。									
--------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

配偶者に関する事項	フリガナ												
	氏 名												
	生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭		年		月		日					
	住 所												
		連絡先電話番号											
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)												
	連絡先電話番号												
課税状況	市町村民税		課税		非課税								

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者									
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。									
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を越えます。									
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり									
	預貯金額	円		有価証券 (評価概算額)	円		その他 (現金・負債を含む)				

窓口に来られた方の住所	連絡先電話番号(自宅・勤務先)									
窓口に来られた方の氏名	本人との関係(続柄)									

※熊本市記入欄

交付年月日	年 月 日		備考								
適用年月日	年 月 日から										
有効期限	年 7月 31日まで										
交付方法	<input type="checkbox"/> 郵送(自宅) <input type="checkbox"/> 郵送(施設) <input type="checkbox"/> その他										
			承認内容	<input type="checkbox"/> 利用者負担第1段階 【食300】 (04-00) <input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階 【食390】 (05-00) <input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階 【食650】 (06-00) <input type="checkbox"/> 第4段階特例減額 (07-01~05) <input type="checkbox"/> 承認しない (10-00) (10-02) (10-03)							

<注意事項>

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳の写しを添付してください。
- (3) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。
- (5) 1月2日以降に転入した方は、世帯全員分の転入前の市町村の年金収入額、合計所得金額と課税状況の記載のある課税証明書を必ず添付してください。
- (6) 市外福祉事務所の被保護者の方は、保護実施機関の保護証明書を必ず添付してください。
- (7) 利用者負担第4段階の特例減額申請の際は、要件を満たす添付書類が必要となります。

同意書

熊本市長 宛

介護保険負担額認定のために必要があるときには、私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)並びに世帯全員の住民税課税状況について税務関係当局に、生活保護受給状況について福祉事務所に、私及び私の配偶者の保有する預貯金並びに有価証券等の残高について年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に、報告を求めることに同意します。

また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えてまいります。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

Ⓜ

<配偶者>

住所

氏名

Ⓜ

介護給付費等利用者負担額減額申請書

熊本市長(宛)

申請年月日 年 月 日

次のとおり介護給付費等の利用者負担額の減額を申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		受給者証番号			
	居住地	〒				
			電話番号			
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	支給決定に係る児童氏名		続柄			
申請の理由						

備考

- この申請は、災害による住宅等の損害、生計中心者の死亡、長期入院等による著しい収入減、事業の廃止等による生計中心者の著しい収入減、農作物の不作、不漁等による生計中心者の著しい収入減があった場合に、申請することができます。
- 申請の理由は、1の事実について記入してください。
- この申請書には、受給者証及び上記事実を確認することができる書類を添付してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒		
電話番号			

熊本市記入欄

収入状況確認	災害状況等確認	備考