

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