

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