

利用者負担額 減額・免除申請書

			受付番号							
フリガナ			被保険者番号							
被保険者名前										
生年月日	年	月	日	要介護度	支1・2 介1・2・3・4・5 事業対象者					
住 所	〒		—		番 号			番 地		
	福山市		町		丁目			(Tel —)		
申請事由	○被保険者又は世帯の主たる生計維持者が 1 震災・風水害・火災等の災害により住宅等に著しい損害を受けた ○世帯の主たる生計維持者の収入が 2 死亡，心身の重大な障害・長期入院により著しく減少した 3 事業の休廃止，事業の著しい損失，失業等により著しく減少した 4 干ばつ・冷害・凍霜害等による農作物の不作，不漁により著しく減少した									
事由発生年月日	年		月	日	～	年		月	日	
<p>福山市長様</p> <p>福山市介護保険条例施行規則第15条及び第18条並びに福山市介護予防・生活支援サービス事業（指定介護予防相当訪問事業）実施要綱第8条第4項及び福山市介護予防・生活支援サービス事業（指定介護予防相当通所事業）実施要綱第8条第4項の規定により利用者負担額の減免を申請します。</p> <p>なお、この減免の適用について必要な世帯の所得調査，実地調査及び生活保護の受給の有無についての調査，介護保険法203条に定める官公署・年金保険者・関係人への照会並びに減免の決定内容に係る居宅介護支援事業所等への情報提供をすることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者名前 印</p>										

※この申請書は介護保険課で保管します。

●福山市確認欄（この欄は記入しないでください。）

提出者	本人・家族（世帯状況No. ）・その他	生計維持者（収入減の場合）	適・否
減免事由	該当・非該当	著しい損害又は減少	該当・非該当
		対生活保護基準額	%
判定	該 当	適用年月日	年 月 日
	非該当	有効期限	年 月 日
		減額・免除	
		認定事項	/ 100

1 申請事由の具体的な内容（できる限り詳細に記入してください。）

<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>

2 世帯の状況

	名 前	続 柄	生 年 月 日	備 考
※ 1			年 月 日	
2			年 月 日	
3			年 月 日	
4			年 月 日	
5			年 月 日	
6			年 月 日	

[記入上の注意]

- 1 申請時点における住民基本台帳上の世帯員全員を記入してください。
- 2 続柄は世帯主からみた続柄を記入してください。
- 3 主たる生計維持者を最初の行（※）に記入し、次の該当する□全てに☑をつけてください。該当するものがない場合等には、そう考える理由を□その他に具体的に記入してください。
 - 被保険者と同一の世帯員であり、その中で収入額が最多である。
 - 被保険者を扶養している。
 - その他：