介護保険利用者負担金減額・免除申請書

（様式１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出人 | | 氏名 |  | | 被保険者  との続柄 | | |  |
| 住所 |  | | 電　話 番 号 | | |  |
|  | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | |  | | | | |
| 被保険者 | フリガナ  氏名 | | |  | | 生年月日 | 明治  大正　　**・　 ・**  昭和 | |
| 電話番号 | | |  | | 性別 | 男　・　女 | |
| 住　所 | | | 〒 | | | | |
| 減免等の内容 | | | | 免　除 | | | | |
| （免除を申請する理由）  平成30年7月豪雨により、介護保険の被保険者が以下の事由のいずれかに該当したため  （申請者において該当する番号を○で囲んで下さい。）  １　住家が全半壊、全半焼床上浸水又はこれに準ずる被災をしたため  ２　主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため  ３　主たる生計維持者の行方が不明のため  ４　主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止したため  ５　主たる生計維持者が失職し、現在収入がないため | | | | | | | | |

※　証明書類の添付ができない方は、裏面を記入して下さい。

新見市長　池　田　一 二 三　殿

上記のとおり関係書類を添えて利用者負担金の減額・免除を申請します。

平成　　年　　月　　日

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |
| --- | --- |
| 証明書類が添付できない理由 |  |
| 新見市長　池　田　一 二 三　殿  上記申請者の申立てが正しいことを証明します。  平成　　年　　月　　日  住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　申請者との関係 | |

申請する際、被保険者証を提出するとともに、必要に応じて以下の書類を添付してください。

①　住家が全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をした方の場合

罹災証明書（長期避難世帯については必要としない）

②　主たる生計維持者が死亡した場合

死亡診断書、警察の発行する死体検案書

③　主たる生計維持者が重篤な傷病（※）を負った方の場合

医師の診断書　　※１ヶ月以上の治療を有すると認められるものをいう。

④　主たる生計維持者の行方が不明である方の場合

警察に提出した行方不明の届出の写しなど

⑤　主たる生計維持者が業務を廃止・休止した方の場合

公的に交付される書類であって、事実の確認が可能なもの（税務署に提出する廃業届、

異動届の控え等）

⑥　主たる生計維持者が失職し、現在収入がない方の場合

雇用保険の受給資格証、事業主等による証明