

様式第 16 号

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

フリガナ		保険者番号		1	7	2	0	5	6
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女						
住 所	電話番号								
利用者負担額 減免申請理由 (※該当する 事由に☑)	令和 6 年能登半島地震により ☐ (1) 住家の全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をした (下記事由にも☑をお願いします。) ☐ 全壊 (長期避難世帯を含む) ☐ 床上浸水 ☐ 半壊・中規模半壊・大規模半壊 ☐ その他 ☐ (2) 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な疾病を負った ☐ (3) 主たる生計維持者の行方が不明である ☐ (4) 主たる生計維持者が事業を廃止、又は休止した ☐ (5) 主たる生計維持者が失職し、現在収入がない								
珠洲市長 上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額に係る減額・免除を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号									

市(町村)記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日 から	
有 効 期 限	
年 月 日 まで	