第２号様式（第９条関係）

介護保険利用者負担額免除申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  | | | |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 明・大・昭　　　年　　月　　日生 | 性　　別 | 男　　・　　女 | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額免除申請理由 | １　住家が全半壊（全半焼）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　主たる生計維持者が行方不明のため  ４　大震災により主たる生計維持者が事業を廃止又は休止したため  ５　大震災により主たる生計維持者が失業し、現在収入がないため  ６　原発事故により避難指示区域に指定されたため  ７　原発事故により計画的避難区域に指定されたため  ８　原発事故により特定避難勧奨地点に指定されたため | | | | | | | | | | | |
| 小　野　町　長  　上記のとおり関係書類を添えて介護保険利用料に係る免除を申請します。  平成　　　年　　　月　　　日  　　　　　住　所  申請者  　　　　　氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | |

町記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |