

介護保険

- 介護保険料減免申請書
- 利用者負担等減免申請書

総社市長 様

次のとおり、減免を申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所、電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者氏名		性別	男 ・ 女
	住 所	〒 電話番号		
生 計 維 持 者	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住 所	〒 電話番号		

り災場所	総社市
申請理由	<input type="checkbox"/> 住家の全半壊、全半焼、床上浸水又はこれらに準ずる被災をした <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡した <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が障害者となり、又は重篤な傷病を負った <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の行方が不明である <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が失職し、若しくは事業が廃止したこと等により収入がない又は収入の減少が見込まれる <input type="checkbox"/> その他 ()

【添付書類】 罹災証明書（コピー）

※罹災証明申請書の記載項目のうち「罹災証明内容の提供及び発行制限確認」欄の「①各種支援制度の所管課に対し、

罹災証明内容を提供することに同意する」に「はい」と回答されている場合は、罹災証明書の提出は不要です。

※必要に応じて、追加で添付書類をお願いする場合があります。