

## 介護保険サービス等の額の特例承認申請書

フリガナ			保険者番号				3	0	2	0	6	7
被保険者氏名			被保険者番号									
			個人番号									
生年月日			性別	男・女								
住所	〒 電話番号( )											
利用者負担額減免申請理由	1. 主たる生計維持者の災害等による著しい資産等の減少											
	り災証明発行の有無		有・無									
	保険金・損害賠償金等の有無		有・無 ※有の場合証等の写しを添付してください。									
	2. 主たる生計維持者の死亡又は重大な障害等による著しい収入の減少										※通帳の写し等、主たる生計維持者の預貯金の額が確認できる書類を添付してください。	
	3. 主たる生計維持者の事業の廃止、失業等による著しい収入の減少											
4. 主たる生計維持者の農作物の不作、不良等による著しい収入の減少 (具体的内容)												
田辺市長 宛 上記のとおり介護保険サービス費等の額の特例を承認していただくよう、関係資料を添え、申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 電話番号 ( ) 氏名												
市記入欄												
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												
有効期限												
年 月 日												

※この申請により取得した個人情報は、個人情報保護に関する法律に基づき、適切に取り扱います。