

様式第32号（第30条関係）

能登町介護保険利用者負担額減額・免除申請書

個人番号																							
フリガナ											被保険者番号												
被保険者名											性別	男・女											
生年月日	明治・大正・昭和										年	月	日										
住所	〒 — — 電話番号 — —																						
申請理由 ※該当するいずれかの欄に○をつけること。	1. 要介護被保険者又はその属する世帯の生計を主として維持する者が、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けた。																						
	2. 要介護被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡したこと、又はその者が心身に重大な障害を受け、若しくは長期間入院したことにより、その者の収入が著しく減少した。																						
	3. 要介護被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少した。																						
	4. 要介護被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少した。																						
<p>(宛先) 能登町長</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>(申請者) 〒 — —</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号 — —</p>																							

※添付書類：能登町介護保険規則別表第1、2、3、及び4に定める書類。

町記入欄

(所得等確認状況)
-----------