

様式第 1 号（第 5 条関係）

介護保険利用者負担額免除申請書			
フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	-----
住 所			
利用者負担額免除申請理由 (※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、又は重篤な傷病を負った。 ☐ (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し、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。		
宝達志水町長 上記のとおり関係書類を添えて介護保険利用者負担額の減免を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 連絡先 () ー			