

事業主による証明書

年 月 日

久慈広域連合長 様

介護保険サービス利用者負担額の免除申請に必要な事項について、下記のとおり証明いたします。

1 申請者等

被保険者証番号				
被保険者 (申請者)	住所		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男・女
主たる生 計維持者	住所		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男・女

2 事業主による証明欄 (※ 事業主の方が記入してください。)

申請者の世帯の主たる生計維持者_____について、令和元年台風第19号による被害を受けたことにより、年 月 日付で退職したことを証明いたします。

年 月 日

事業所住所
事業所名 印
代表者氏名