様式第28号（第20条関係）

**介護保険利用者負担額減額・免除申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 個人番号 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日生 | 性別 | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額  減免申請理由 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 久慈広域連合長　　　　　　様  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。  　　年　　月　　日  住所  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職員確認欄 | 被保険者の本人確認 | 申請者の本人確認 |
| **１点で確認可能なもの(顔写真付き)**  □運転免許証、パスポート  □マイナンバーカード  □その他官公署から発行、発給されたもの  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **２点確認が必要なもの(顔写真なし)**  □被保険者証、負担割合証、健康保険証  □その他官公署等から発行、発給されたもの  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | **１点で確認可能なもの(顔写真付き)**  □運転免許証、パスポート  □マイナンバーカード  □その他官公署から発行、発給されたもの  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **２点確認が必要なもの(顔写真なし)**  □被保険者証、負担割合証、健康保険証  □その他官公署等から発行、発給されたもの  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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  から |
| 有効期限 |
| 年　月　日  まで |