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 |