様式第47号（第26条関係）

**介護保険給付額減額等免除申請書**

久慈広域連合長　様

次のとおり、給付額減額等措置免除を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請年月日 | | 年　月　日 | |
| 申請者氏名 |  | | 本人との関係 | |  |
| 申請者住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | |

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | 個人  番号 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　月　日 | | | | | | | | | 性別 | | | 男・女 | | | ――――――――――――― | | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請の理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  | |