

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		保 険 者 番 号				0	3	8	8	0	2
被保険者氏名		被 保 険 者 番 号									
		性 別	男 ・ 女								
生年月日	明・大・昭 年 月 日生										
住 所	〒 電話番号										
利用者負担額減免申請理由											
<p>久慈広域連合長 山内 隆文 様</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>住所 電話番号</p> <p>申請者氏名 印</p>											

広域連合記入欄

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	

介護保険施設等における食費・居住費減免申請書

(様式3)

被 保 険 者 証 番 号				
被 保 険 者	住 所		生年月日	明・大・昭 . .
	氏 名		性 別	男・女
介護保険施設 又は地域密着 型介護老人福 祉施設に入所 している場合	施 設 名			
	施 設 の 所 在 地			
	入 所 ・ 入 院 し た 日			

以上申請します。

平成 年 月 日

申請者

住 所
氏 名

印

久慈広域連合長 山内 隆文 様

申請する際、被保険者証を提出するとともに必要に応じて、以下の書類を添付してください。

氏名、性別、生年月日及び住所を証する書類

介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所している場合にあっては、これらの施設の名称及び所在地を証する書類

介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所している場合にあっては、入所し、又は入院した年月日を証する書類

介護保険負担限度額認定証（これを有する場合に限る。）

(様式1)

東日本大震災に係る介護保険サービス利用者負担額
還付申請書兼食費及び居住費等補助申請書

(年 月分)

フリガナ		保険者番号		0	3	8	8	0	2
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性	別	男	・	女
住所	〒 電話番号								
支払金額合計	円								
申請理由	平成23年6月30日までの支払猶予期間に、基準に該当していたが、利用料等の支払いを行なった。 制度を知らなかったため、利用者負担額減免認定証等の申請を行なわなかった。 被災により、利用者負担額減免認定証等の申請を行なうことができなかった。 その他()								
久慈広域連合長 山内 隆文 様 上記の通り申請します 平成 年 月 日 申請者住所 氏名									

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金						
			2 当座預金						
			3 その他						
	フリガナ								
	口座名義人								

委任状欄 (口座名義が被保険者本人以外の場合記入して下さい)

本申請に係る還付金・補助金の受領について、下記の者に委任します。 委任者(被保険者本人) 氏名 _____
本申請に係る受領について受任いたします。 受任者(口座名義人) 氏名 _____

注意：この申請書と共に、該当月分の領収証等を添付して提出してください。