

介護保険利用料免除申請書

(様式1)

届出者名		本人との関係	
連絡先			

被保険者番号		保険者番号	434043	
被保険者	フリガナ氏名		生年月日	. .
	電話番号		性別	男・女
	住所	〒		
減免等の内容		免除		
(免除を申請する理由) 令和8年熊本地震により、介護保険の被保険者が以下の事由のいずれかに該当したため。(申請者において該当する番号を○で囲んでください。) 1 住家が全壊の被害を受けたため 2 住家が大規模半壊の被害を受けたため 3 住家が半壊の被害を受けたため				

申請する際、り災証明書の写しを添付してください。

菊陽町長 様

上記のとおり関係書類を添えて利用料負担金の免除を申請します。

令和 年 月 日

申請者

住所
氏名

印