

介護保険利用者負担額減額・免除等申請書

フリガナ	カイゴホ ケン	保険者番号	霧島市	4	6	2	1	8	4			
被保険者氏名	介護保 健	被保険者番号	6	6	0	0	0	0	1	2	3	4
生 年 月 日	昭和 28 年 8 月 23 日生											
住 所	〒899-5115 霧島市隼人町東郷161 電話 0995-42-1111											
理 由	① 震災風水害等により、住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けたため 2 生計中心者が死亡又は心身に重大な障害を受け、長期間入院したことにより、収入が著しく減少したため 3 生計中心者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少したため 4 生計中心者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少したため 5 その他 ()											
霧島市長 様 上記のとおり利用者負担額に係る減額・免除の申請をします。 令和 7 年 11 月 20 日 住 所 霧島市隼人町東郷161 申請者 氏 名 介護保 健 電話 0995-42-1111												

提出代行者氏名（申請者本人以外の場合）		提出代行者電話	
長寿 福子		090-0000-0000	
提出代行者住所		申請者本人との関係	
霧島市国分中央三丁目45-1		長女	
結果送付先	申請者自宅 ・ 提出代行者 ・ その他 ()		
介護保険利用者負担額減額・免除認定結果について、現在契約している居宅介護支援事業所及び介護サービス事業所等に通知することについて同意します。 申請者氏名 介護保 健			

市記入欄

交付年月日		適用年月日			
令和 年 月 日		令和 年 月 日から			
決裁年月日		有効期限			
令和 年 月 日		令和 年 月 日まで			
備 考	課長	グループ長	給付担当	担当	関係者
減額・免除等認定事項 給付率 /100					