

介護保険利用者負担限度額・免除申請書

フリガナ	カミアマクサ タロウ	保険者番号		4	3	2	1	2	0
被保険者氏名	上天草 太郎	個人番号							
		被保険者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
生 年 月 日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日生								
住 所	〒 〇〇〇－〇〇〇〇 上天草市△△町△△ 〇〇番地		基本的に本人住所と被害を受けた 家屋の所在地は同一となります。						
	電話番号(〇〇〇〇)〇〇－〇〇〇〇								
利用者負担額 減免申請理由	令和 7 年 8 月 豪雨災害により、家屋等の財産に被害を受けたため								
上天草市長 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。 令和 〇年 〇月 〇日 住所 上天草市△△町△△ 〇〇番地 申請者 氏名 上天草 太郎 電話番号 (〇〇〇〇) 〇〇－〇〇〇〇									

【住所地以外の送付先】

受取人氏名	住所	連絡先
上天草 次郎 続柄 (子)	上天草市△△町△△ 〇〇番地	〇〇〇〇－〇〇－ 〇〇〇〇

【上天草市記入】

被保険者本人の住所地以外に送付を希望する場合は、記入してください。

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	