

様式第22号(第24条関係)

介護保険利用者負担額免除申請書

平成 年 月 日

(あて先)さいたま市長

次のとおり、関係書類を添えて申請します。

フリガナ				被保険者番号															
被保険者氏名																			
生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	性別	男・女													
住所																			
電話番号				世帯員の人数	人														
申請理由	1 被保険者が居住する住宅・家財等が災害により著しい損害を受けた。 災害発生日：平成 年 月 日 2 生計維持者が、死亡・重大な心身障害・長期入院、事業等の休廃止・事業損失・失業等により所得又は収入が著しく減少した。 事由発生日：平成 年 月 日 3 その他( )																		
	詳細																		
	介護保険施設等の利用(予定有でも有として下さい) 有・無																		

申請書提出者(本人以外の場合記入)

住所 \_\_\_\_\_

氏名(事業所名) \_\_\_\_\_

(本人との関係: )

【さいたま市処理欄】

決定区分	承認・非承認	減額・免除期間	平成 年 月 日から
適用理由			平成 年 月 日まで
減免割合		食費・居住費減免	減免申請 有・無
			負担限度額申請 有・無