

介護保険給付額減額免除申請書

|                                                                                              |                                                                                   |        |     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|--|
| フリガナ                                                                                         |                                                                                   | 被保険者番号 |     |  |
| 被保険者氏名                                                                                       |                                                                                   | 個人番号   |     |  |
| 生年月日                                                                                         |                                                                                   | 性別     | 男・女 |  |
| 住所                                                                                           | (電話)                                                                              |        |     |  |
| 申請の理由                                                                                        | 1 災害などの理由による住宅、家財などの著しい損害<br>2 生計維持者の死亡若しくは心身の重大な障害又は長期入院による収入の著しい減少<br>3 その他 ( ) |        |     |  |
| <p>(あて先) 奈良市長</p> <p>上記のとおり介護保険給付の給付額の減額措置の免除を申請します。</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏 名</p> <p>電 話</p> |                                                                                   |        |     |  |