

介護保険利用者負担額減額・免除申請書			
フリガナ		生 年 月 日	
被保険者氏名		被 保 険 者 番 号	
住 所			
利用者負担額 免除申請理由 (※該当する 事由に☑)	令和6年能登半島地震により ☑ (1) 住家の全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる 被災をした		
注意：介護保 険施設等にお ける食費・居 住費の自己負 担分は減免の 対象外です	り災区分		証明日
	☐ (2) 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負った		
	☐ (3) 主たる生計維持者の行方が不明である		
	☐ (4) 主たる生計維持者が事業を廃止し、又は休止した		
	☐ (5) 主たる生計維持者が失職し、現在収入がない		
中能登町長			
上記のとおり関係書類を添えて介護保険利用者負担額の減免を申請します。			
令和 年 月 日			
申請者			
住 所			
氏 名 (続柄：)			
連絡先 () —			

添付資料
☐ (1) り災証明書の写し
☐ (2) 死亡診断書、死体検案書、医師の診断書、医師による証明書等
☐ (3) 警察等への行方不明に係る届出等
☐ (4) 廃業届、異動届の写し等
☐ (5) 離職証明書、解雇通知、収入状況等の申告書等
☐ その他申請理由を証明する資料(被災の状況又は収入が減少したことの説明資料等)

【中能登町記入欄】	
本人確認	☐個人番号カード ☐運転免許証 ☐被保険者証 ☐負担割合証 ☐その他 ()
認定区分	