

## 長野市 介護保険利用者負担額減免申請書

被 保 険 者 氏 名		保 険 者 名		保 険 者 番 号					
フリガナ		長野市		2	0	2	0	1	0
		被 保 険 者 番 号							
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日								
住 所	〒 連絡先（電話）								
利用者負担額の減免を申請する事情	1. 災害による、住宅・家財の著しい損害 災害発生日 年 月 日 2. 世帯収入の大幅な減少								
長野市長 宛		年 月 日							
上記のとおり利用者負担額に係る減免を申請します。									
申請者 住所 (被保険者)		氏 名							
		連絡先（電話）							

添付書類 事情を証明する書類又は収入状況申出書

### 長野市 処 理 欄

被 保 険 者 該 当 区 分	<input type="checkbox"/> 市民税非課税者等 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者等 <input type="checkbox"/> 非該当			端末確認	申請入力	認定入力
	所 属 世 帯 課 税 状 況	<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非 課 税 <input type="checkbox"/> 不 申 告				
備考			適用年月日	有効期限	交付年月日	

上記申請について認定してよろしいか伺います。

主 務	担 当	係 長	課長補佐	課 長	部 長	起 案
						決 裁

受 付