

野田市介護給付費等利用者負担額減額(免除)申請書

(宛先)野田市長

次のとおり介護給付費等の利用者負担額の減額(免除)を申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	ふりがな		生年月日	年	月	日
	氏名		受給者証番号			
	居住地	〒				
		電話番号				
支給決定に係る児童	ふりがな		生年月日	年	月	日
	氏名		続柄			
申請の理由						

備考

- この申請は、災害による住宅等の損害、生計中心者の死亡や長期入院等による著しい収入減、生計中心者の事業の廃止等による著しい収入減、生計中心者の農作物の不作等による著しい収入減があった場合に、申請することができます。
- 申請の理由は、1の事実について記入してください。
- この申請書には、受給者証及び上記事実を確認することができる書類を添付してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
ふりがな		申請者との関係	
氏名			
住所	〒		
	電話番号		

※ 野田市記入欄

収入状況確認	災害状況等確認	備考