

介護保険 保険料減免申請書
 利用者負担額等減免申請書

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号 ※右詰で記載願います。																	
	氏名																			
	生年月日		年	月	日生	性別	男	・	女											
代 申 請 者 ・ 筆 者	フリガナ		被保険者との 関係																	
	氏名																			
	生年月日		年	月	日生	性別	男	・	女											
同 意 欄	住所	〒																		
		電話番号 ()																		
<input type="checkbox"/> 保険料に係る減免を申請します。 <input type="checkbox"/> 利用者負担額等に係る減免を申請します。 あて先 仙台市区長 申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日																				

減 免 を 申 請 す 理 由	令和4年2月24日以降のロシアによるウクライナ侵攻による避難
--------------------------------------	--------------------------------

【仙台市処理欄】	保険料	利用者負担	文書記号・文書番号				第	号
該当規定	ウクライナ避難民に係る介護保険料の減免及び介護保険サービス利用者負担額の特例措置に関する要綱		左記のとおり、決定してよろしいか伺います。					
適用期間	第 期	年 月	起案年月日	年	月	日		
	第 期	年 月	決定年月日	年	月	日		
決定内容案	<input type="checkbox"/> 全額減免 <input type="checkbox"/> 却下	<input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 却下	課長	係長	担当	入力・照合		