

介護保険利用者負担割合変更申請書

被 保 険 者	被保険者番号														申請日	年	月	日
	フリガナ												生年月日	年	月	日		
	氏名												要介護度	要支援・要介護 ()				
	住所	(〒 —)											電話番号					
<p>(宛先) 今治市長 次の被災等により介護保険サービスに係る利用者負担額の支払が困難になったので、関係書類を添えて利用者負担割合変更の申請をします。</p>																		
被災等の状況 (該当する番号に○)		<ol style="list-style-type: none"> 被保険者又はその属する世帯の生計を主として維持する者が、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けたこと。 被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡したこと、又はその者が心身に重大な障害を受け、若しくは長期間入院したことにより、その者の収入が著しく減少したこと。 被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少したこと。 被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少したこと。 <p>(上記の具体的な内容)</p> <p>※ 被災等が明らかにできる書類を添付してください。</p>																

(今治市記入欄)

給付の制限 (有・無)	保 険 料 の 減 免	損 害 等 の 割 合	利用者負担割合等 の 変 更	給 付 割 合
・支払方法変更 ・一時差止 ・7割給付	該当・非該当	／10	該当・非該当	／100