

様式第13号（第13条関係）

介護給付費等利用者負担額減額・免除申請書

尾花沢市福祉事務所長 殿

年 月 日

フリガナ				障害福祉サービス受給者証番号									
申請者氏名													
				地域相談支援受給者証番号									
申請者 生年月日	年 月 日												
住 所													
フリガナ				生年 月 日	年 月 日						続柄		
支給決定に係る 児童氏名													
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、長期入院等による著しい収入減、事業の廃止等による生計中心者の著しい収入減、農作物の不作、不漁等による生計中心者の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）		
フリガナ 氏 名			申請者 との関係
住 所	〒  電話番号		

市記入欄

収入状況確認	災害状況等確認	備 考