

市町村受付印

広域受付印

※太枠内を記入して下さい

介護保険給付額減額の解除申請書

沖縄県介護保険広域連合長 殿

次のとおり、介護保険給付額減額の解除を受けたいので申請します。

申請者氏名	印	本人との関係	
申請者住所	〒 -	電話番号 (- -)	

被保険者番号											
フリガナ				生年月日	年	月	日				
被保険者氏名	印										
住所	〒 -	電話番号 (- -)									

申請の理由(該当する項目に○をつけて下さい。項目がなければ裏面に貴殿の意見を記入してください。)

1.	給付額減額期間が経過した。
2.	世帯の生計維持者が、災害などの理由により住宅、家財に著しい損害をうけた。 ・災害などがあった年月 (年 月 頃) ・災害の種類 () ・損害をうけた場所など () ・損害の程度 (全体の 割 程度)
3.	世帯の生計維持者が、死亡もしくは心身に重大な障害をうけた又は長期入院した(死亡の場合は記入不要)。 ・入院した方の氏名 () ・病院名 () ・入院期間 (年 月 頃) ~ (年 月 頃)
4.	世帯の生計維持者の収入が、事業・業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等によって前年より著しく減少した。 ・上記のような事態になった年月 (年 月 頃)
5.	世帯の生計維持者の収入が、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前年より著しく減少した。 ・上記のような事態になった年月 (年 月 頃)
6.	保険料を滞納している被保険者(本人)が「生活保護」を受けている。 ・生活保護受給開始月 (年 月)
7.	保険料を滞納している被保険者が生活保護を受けており、給付額減額等の記載を受けないとしたならば保護を必要としない状態となる。

市町村・広域記入欄

	申請内容確認		備考
	市町村	広域連合	
担当者印	・ ・	・ ・	

(裏)

貴殿の意見があれば記入してください。

※ 調査に基づき審査を行いますので、この申請書を提出することにより必ずしも「給付額減額」が解除されるというわけではありません。