

様式66-1 令和 年度 介護保険料減免申請書（災害） / 介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書
 (兼翌年度分) Pedido de Desconto Especial da Tarifa de Seguro de Cuidados e Assistência (devido a Sinistros)

Termo de Compromisso: Leia atentamente os itens a seguir e assinale ✓ nos respectivos quadrados.

- Declaro que todas das informações prestadas são fiel expressão da verdade.
- Autorizo a Prefeitura de Toyota a realizar todas as investigações necessárias à análise deste Pedido.
- Responderei à "Pesquisa sobre Recebimento de Seguros" quando me for requerido.



Preencha os campos abaixo circundados por linhas grossas.

		Data 申請日	(ano) (mês) (dia) 令和 年 月 日
Requerente (pessoa que comparece à prefeitura) 窓口に来た人	フリガナ		M · T · S · W (dia) (mes) (dia) 年 月 日
	Nome completo 氏名 (署名)		年 月 日
	Endereço registrado 住民票住所	〒 -	
	Telefone 連絡先	Resid.自宅 / Celular携帯 / Trabalho勤務先 () -	Relação com o segurado
Data do sinistro災害発生日		(ano) (mês) (dia) 令和 年 月 日	Tipo被災理由 地Terremoto・台Tufão・火Incêndio・他Outro:
Certificado de Vitima de Desastre 罹災証明申請		<input type="checkbox"/> Solicitei em: (mês) 月 (dia) 日ごろ ・ <input type="checkbox"/> Não solicitei	
Deseja receber a documentação na moradia provisória?		<input type="checkbox"/> Não ・ <input type="checkbox"/> Sim ⇒ Preencha o formulário "Pedido de Despacho de Correspondência a Outro Endereço"	
Segurado①/ Requerente① 被保険者① (申請者①)	Nome	<input type="checkbox"/> Mesmo do requerente que comparece à prefeitura <input type="checkbox"/> Outra pessoa: escreva os dados no(s) campo(s) seguinte(s)	
	Categoria 申請区分	<input type="checkbox"/> A Residência foi alvo de sinistro: O imóvel possui seguro contra desastres? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> B Deficiência grave do requerente / Falecimento, Desaparecimento ou Deficiência grave do(a) chefe da família	
Segurado②/ Requerente② 被保険者② (申請者②)	フリガナ		M · T · S · W (ano) (mês) (dia) 年 月 日
	Nome completo 氏名 (署名)		年 月 日
	Endereço registrado 住民票住所	<input type="checkbox"/> Mesmo do requerente que comparece à prefeitura窓口に来た人と同じ 〒 -	
Categoria 申請区分	<input type="checkbox"/> A Residência foi alvo de sinistro: O imóvel possui seguro contra desastres? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> B Deficiência grave do requerente / Falecimento, Desaparecimento ou Deficiência grave do(a) chefe da família		
Segurado/Requ erente 被保険者③ (申請者③)	フリガナ		M · T · S · W (ano) (mês) (dia) 年 月 日
	Nome completo 氏名 (署名)		年 月 日
	Endereço registrado 住民票住所	<input type="checkbox"/> Mesmo do requerente que comparece à prefeitura <input type="checkbox"/> Mesmo do requerente ② 〒 -	
	Categoria 申請区分	<input type="checkbox"/> A Residência foi alvo de sinistro: O imóvel possui seguro contra desastres? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> B Deficiência grave do requerente / Falecimento, Desaparecimento ou Deficiência grave do(a) chefe da família	

※Em caso de falecimento do segurado, a tarifa de seguro será automaticamente recalculada. Não é necessário apresentar este Pedido.
 ※Em caso de desaparecimento do segurado, o desconto especial será aplicado sobre a tarifa de seguro.

以下、職員記入欄 Use Oficial

○判定基準・減免割合

	受付	審査	受付 №	決定日		
判定基準	震災・風水害	A 全 壊	A 大規模半壊	A 半 壊	A 半壊未満	B 死亡・行方不明 特別障がい
	火災	A 全 焼	A 半 焼	A 部分焼	A ぼ や	
保 險 料		100%	90%	50%	非該当	100%
給付割合 (負担割合 1割/2割/3割)		100%	97 / 94 / 91 %	95 / 90 / 85 %	非該当	100%

○被災状況及び判定 ※罹災調査（資産税課実施）または火災調査（消防本部実施）等により判定

死亡・行方不明・特別障害の確認方法			障がい者手帳 ・ その他 ()			
減免結果	個人コード	保険料 保険料段階	保険料減免 判定結果	給 付		利用者負担額減免 判定結果
				介護認定	負担割合	
被保険者①		段階	100・90・50・非該当	なし・あり	1・2・3割	%・非該当
被保険者②		段階	100・90・50・非該当	なし・あり	1・2・3割	%・非該当
被保険者③		段階	100・90・50・非該当	なし・あり	1・2・3割	%・非該当
給付特例 割合期間	令和 年 月 日から ※事由発生の翌月の1日から1年間 令和 年 月 日まで (ただし事由発生日が1日の場合は事由発生日)					