

様式66-1 令和 年度 介護保険料減免申請書 (災害)  
(兼翌年度分)

Application for Reduction of Long-Term Care Insurance  
Premium and Service Use Fee (Natural Disaster)

介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書

受付印

[Pledge] Please read the following statements and tick the boxes to consent before submitting.

- I would like to apply as follows based on the truth of the situation.
- The confirmation of the contents necessary for the assessment is entrusted to the City of Toyota.
- If required, I will cooperate with 'insurance receipt status survey' to solicit the National Treasury funding.

Fill in the necessary information within the bold lines and tick the box that applies.

Filling in date 申請日 (Y/M/D) / /

|  |  |   |  |   |  |
|--|--|---|--|---|--|
| Person who came to the counter<br>窓口に来た人   | Furigana   |   | D.O.B. (Y/M/D)<br>生年月日                               | Meiji · Taisho · Showa · Western year<br>/ /                                |  |
|  | Full name<br>氏名 (署名)   |   |  |   |  |
|  | Address under resident registration<br>住民票住所   | 〒 -   |  |   |  |
|  | Phone<br>連絡先   | Landline自宅 · Cell phone携帯 · Work place勤務先<br>( ) -  | Relationship to the person applying for reduction    | Self 本人 · Family 家族 · Guardian of adult 成年後見人 · Curator 保佐人 · Other その他 ( ) |  |
| Date of disaster occurrence 災害発生日  | (Y/M/D) / /  | Type of disaster<br>被災理由  | Earthquake 地震 · Typhoon 台風 · Fire 火災 · Other その他 ( ) |   |  |
| Disaster victim certification 罹災証明申請   | <input type="checkbox"/> Have applied 申請済 (When (M/D) 申請日) / ) · <input type="checkbox"/> Haven't applied 申請していない                                  |   |  |   |  |
| Would you like to have the correspondences sent out to a different address? 住民票以外の住所への送付 | <input type="checkbox"/> No しない · <input type="checkbox"/> Yes する ⇒ <b>Fill in separate application to inform sending destination 別途 送付先申請書を記入</b> |   |  |   |  |
| Insured person ①<br>被保険者①<br>(Applicant ①<br>申請者①)                                       | Name 氏名等   | <input type="checkbox"/> Same as the person who came to the counter 窓口に来た人と同じ <input type="checkbox"/> The person who came to the counter is not eligible for reduction 窓口に来た人は減免対象ではない ⇒ Start filling out from the item 'Insured person ②' 被保険者②から記入  |  |   |  |
|  | Application category<br>申請区分   | <input type="checkbox"/> A The house where you live in suffered damage due to a natural disaster 居住する家屋が被災 ⇒ The house is covered by disaster insurance 住宅災害保険の加入状況 <input type="checkbox"/> Yes 加入 · <input type="checkbox"/> No 未加入 · <input type="checkbox"/> Unknown 不明<br><input type="checkbox"/> B You are the: Insured ① him/herself 本人 (Special disability 特別障害) · Householder 世帯主 (Died 死亡 · Missing 行方不明 · Special disability 特別障害)                |  |   |  |
| Insured person ②<br>被保険者②<br>(Applicant ②<br>申請者②)                                       | Furigana   |   | D.O.B. (Y/M/D)<br>生年月日                               | Meiji · Taisho · Showa · Western year<br>/ /                                |  |
|  | Full name<br>氏名 (署名)   |   |  |   |  |
|  | Address under resident registration<br>住民票住所   | <input type="checkbox"/> Same as the person who came to the counter 窓口に来た人と同じ<br>〒 -  |  |   |  |
|  | Application category<br>申請区分   | <input type="checkbox"/> A The house where you live in suffered damage due to a natural disaster 居住する家屋が被災 ⇒ The house is covered by disaster insurance 住宅災害保険の加入状況 <input type="checkbox"/> Yes 加入 · <input type="checkbox"/> No 未加入 · <input type="checkbox"/> Unknown 不明<br><input type="checkbox"/> B You are the: Insured ② him/herself 本人 (Missing 行方不明 · Special disability 特別障害) · Householder 世帯主 (Died 死亡 · Missing 行方不明 · Special disability 特別障害) |  |   |  |
| Insured person ③<br>被保険者③<br>(Applicant ③<br>申請者③)                                       | Furigana   |   | D.O.B. (Y/M/D)<br>生年月日                               | Meiji · Taisho · Showa · Western year<br>/ /                                |  |
|  | Full name<br>氏名 (署名)   |   |  |   |  |
|  | Address under resident registration<br>住民票住所   | <input type="checkbox"/> Same as the person who came to the counter 窓口に来た人と同じ <input type="checkbox"/> Same as the insured person ②<br>〒 -  |  |   |  |
|  | Application category<br>申請区分   | <input type="checkbox"/> A The house where you live in suffered damage due to a natural disaster 居住する家屋が被災 ⇒ The house is covered by disaster insurance 住宅災害保険の加入状況 <input type="checkbox"/> Yes 加入 · <input type="checkbox"/> No 未加入 · <input type="checkbox"/> Unknown 不明<br><input type="checkbox"/> B You are the: Insured ③ him/herself 本人 (Missing 行方不明 · Special disability 特別障害) · Householder 世帯主 (Died 死亡 · Missing 行方不明 · Special disability 特別障害) |  |   |  |

\*This application for reduction will not be accepted when the insured person, who is not the householder, passes away because an adjustment is made automatically to reflect the correct premium.

被保険者本人がご逝去された場合は、減免申請を受理せず死亡更正により精算します。

\*When an insured person goes missing, only the insurance premium will be subject to reduction. (I.e. the service use fee is not subject to reduction)

被保険者本人が行方不明の場合、保険料のみ減免となります。

FOR OFFICIAL USE ONLY 以下、職員記入欄

○判定基準・減免割合

|    |    |        |  |
|----|----|--------|--|
| 受付 | 審査 | 受付 No. |  |
|    |    | 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<br>特別障がい |
|----------------------|--------|------|----------------|----------------|--------|--------------------|
|                      | 火災     | A 全焼 | A 半焼           | A 部分焼          | A ぼや   |                    |
| 保険料                  |        | 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<br>保険料段階                               | 保険料減免<br>判定結果       | 給付    |             | 利用者負担額減免<br>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<br>割合期間      | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで | ※事由発生の翌月の1日から1年間<br>(ただし事由発生日が1日の場合は事由発生日) |                     |       |             |                  |