

ねたきり高齢者等寝具洗濯サービス利用者負担額減免申請書

年 月 日

仙 台 市 長

申請者 住 所 〇〇区 〇〇〇〇 △-△

氏 名 仙台 一郎 続柄 長男

(電話番号: ### - ####)

寝具洗濯サービスにかかる利用者負担額の減免について、下記のとおり申請します。

記

1. 利用者

住 所 仙台市 〇〇区 〇〇〇〇 △-△

氏 名 仙台 一郎

電話番号 ### - #### 生年月日 M・T・(S)・H 〇〇年〇月〇日

2. 減免事由

災害により罹災した

※以下に詳細を記入。

令和〇〇年△月の豪雨により罹災

※罹災証明書(写)等を添付すること。

生計中心者の収入が前年(ただし、1月から6月までの間にあっては前々年)と比して著しく減少した

※以下を記入

(生計中心者の氏名・利用者との続柄)

(減少した理由および現在の収入の詳細)

※上記内容を証明する書類を添付すること。

◎未使用の寝具洗濯サービス利用券がある場合、添付してください。

以下は、記入しないで下さい。

決 裁	年 月 日	課 長	係 長	係 員	公印承認
	本件の申請について下記のとおり決定し、申請者あて通知してよろしいか伺います。				
<input type="checkbox"/> 減免可 (減免後の利用者負担率 %)	通知月日	年 月 日			
(減免の期間: 年 月 日~ 年 月 日)	登録番号				
<input type="checkbox"/> 減免不可 理由 ( )					