

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 _____

氏 名 _____ 続柄 _____

(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 区 _____

氏 名 _____

電話番号 _____ 生年月日 M・T・S・H 年 月 日

2. 減免事由

災害により罹災した

※以下に詳細を記入。

| |
|--|
| |
|--|

※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 () | | | | | |