

担当	係長	課長	部長	受付 . .
				決裁 . .
				施行 . .

介護保険料減免申請書

大和市 長 あて

住所
フリガナ

申請者氏名

電話

被保険者との関係

年 月 日

次のとおり介護保険料の減免を申請します。

フリガナ 減免対象 被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（この場合は記入不要です）	被保険者番号	000
		個人番号	
		生年月日	M・T・S・H 年 月 日

住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（この場合は記入不要です）	電話 ()
----	--	--------

フリガナ 主たる生計 維持者の氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（この場合は記入不要です）	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (この場合は記入不要です)
-------------------------	--	----------	--

住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（この場合は記入不要です）	電話 ()
----	--	--------

保険料の額	年度	期	円	年度	期	円	年度	期	円
							年度小計		
							年度小計		
							合計		

減免申請理由	
--------	--

添付書類	
------	--

決定区分	<input type="checkbox"/> 減免する。 <input type="checkbox"/> 減免しない。
------	--

決定内容	対象期間の保険料額 (A)	減免額 (B)	減免後の保険料額(A-B)
	円	円	円

決定理由	
------	--

※ 太枠の中のみ記入してください。

- (※1)前年の所得額（総所得、もしくは減少する事業収入等に係る所得）がゼロの場合は減免の対象となりません。
- (※2)1ヵ月以上の治療を要する場合です。医師の診断書、措置入院の勧告書等が必要になる場合があります。
- (※3)事業収入、山林収入、不動産収入、給与のいずれかが前年と比べて30%以上減る見込みである場合を指します。前年と本年の収入がわかる書類（確定申告書、帳簿、給与明細等）が必要になる場合があります。