

介護保険料減免申請書 (記載例)

第1号被保険者	氏名	介護 太郎	保険者番号	4 6 2 2 5 9
			被保険者番号	12345678
	生年月日	S〇〇年 〇〇月 〇〇日生	性別	男・女
	住所	始良市〇〇町〇〇番地 電話番号 000-0000-0000		
*生計維持者	氏名			
	生年月日	年 月 日生	性別	男・女
	住所	電話番号		
申請理由	第1号被保険者 生計維持者 介護 太郎 が令和〇〇年〇〇月〇〇日の災害 (大雨) により被災したため。			
<p>始良市長 殿</p> <p>上記のとおり、令和〇〇年度分介護保険料の減免を申請します。</p> <p>なお、この決定に関して、私の世帯について必要な課税資料を閲覧することに同意します。</p> <p>令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: right;">住所 始良市〇〇町〇〇番地 申請者 氏名 介護 太郎</p>				

申請者により自署をお願いします (押印は不要です)

「*」印の欄は、生計維持者が第1号被保険者本人の場合、記載は不要です。

減免を受けようとする保険料額	円	徴収方法	普徴・特徴・併徴
	減免を受けようとする普通徴収の内訳		減免を受けようとする特別徴収の内訳
納期	減免を受けようとする保険料額	徴収月	減免を受けようとする保険料額
第1期	円	月	円
第2期	円	月	円
第3期	円	月	円
第4期	円	月	円
第5期	円	月	円
第6期	円	月	円
第7期	円	月	円
第8期	円	月	円

この欄は記載不要です

- 申請理由欄は、具体的に記載し、減免を受けようとする理由を証明する書類を添付すること。
- 減免の理由が消滅した場合は、直ちにその旨を市長に申告すること。