介護保険料減免申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第１号被保険者 | 氏名 |  | 保険者番号 | ４６２２５９ |
| 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 電話番号　　　　　　　　　　　 |
| ＊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　　　　　　　　　　が |
| 　姶良市長　殿　上記のとおり、　　　　年度分介護保険料の減免を申請します。　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。　　　　　　年　　月　　日住所　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　印 |

　「＊」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 | 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 |
| 第期第期第期第期第期第期第期第期第　期第期 | 円円円円円円円円円円 | 月月月月月月 | 円円円円円円 |

　１　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。

　２　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。