介護保険料減免申請書

　川南町長　様

　次のとおり、　　　　年度分介護保険料の減免を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな |  | 申請日 | 　　　年　　月　　日 |
| 氏　名 | 　印　　　　　　　　　　　　　　 | 被保険者との続柄 |  |
| 住　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者 | ふりがな |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏名 | 印 | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 世帯状況 | 氏　　名 | 続柄 | 年齢 | 職　業 | 生計中心者に○ | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 納期・年金支払月 | 減免を受けたい保険料額 |
| 納付書払 | 年金天引 |
|  | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　円 |
|  | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　円 |
|  | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　円 |
|  | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 合　計 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 該当項目 | 川南町介護保険条例第１０条第１項第（　１・２・３・４・５　）号 |
| 減免を必要とする理由 |  |

なお事実確認のため、本申請書における申請日時点での被保険者及び同世帯者の収入、資産の状況等について、官公署又は金融機関、雇用主、その他関係者等に調査依頼あるいは、報告を求めることに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　印

備考

１　震災、風水害等の損害による減免の申請は、様式第２号を添付すること。

２　農作物損害等による減免の申請は、様式第３号を添付すること。