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。