

令和 年度 介護保険料減免申請書

減免を必要とする世帯の状況	現住所					
	フリガナ 氏名	続柄	性別	生年月日	健康状態 障害者手帳等級など	職業 (勤務先名称等)
		世帯主	男	明 大 昭 平	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中 ()	
			女			
			男	明 大 昭 平	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中 ()	
			女			
			男	明 大 昭 平	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中 ()	
		女				

家族のうち別のところに住んでいる人があるときは、その人の氏名及び住所

申請理由

区分	納期限又は特徴月	保険料額（特別徴収）	保険料額（普通徴収）	備考
期	令和 年 月 日			
期	令和 年 月 日			
期	令和 年 月 日			
期	令和 年 月 日			
期	令和 年 月 日			
期	令和 年 月 日			
随時	令和 年 月 日			
過年度	令和 年 月 日			
年 額				

備考

上記のとおり、別紙書類に添えて介護保険料の減免を申請します。また、この申請に係る決定又は実施のために必要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び収入の状況につき、介護保険者が官公署に調査を囑託し、又は金融機関その他の関係人に報告を求めることに同意します。

なお、介護施設を利用している時は、介護保険者が介護施設に調査を行うことに同意します。

令和 年 月 日

申請者

住所
電話

氏名
氏名
氏名
氏名

大牟田市長 殿 代 筆 _____



