年度　介護保険料減免申請書

（様式１号）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話 |
| ふりがな名　前 | 被保険者との関係 |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※申請者が被保険者本人の場合は、この欄は記入不要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |
| 住　所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話 |
| ふりがな名　前 | 生年月日 |
| 　　　　　年　　 月　　 日 |
| 申請理由 | 　１　災害等により著しい損害を受けたこと。　２　災害により世帯の主たる生計維持者が死亡したこと。　３　災害により世帯の主たる生計維持者が障害者となったこと。　４　収入が著しく減少したこと。　５　刑事施設等に拘禁された期間があること。　６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 事由発生日　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 福山市長様福山市介護保険条例施行規則第２５条第２項の規定により介護保険料の減免を申請します。なお、この減免の適用について必要な世帯の所得調査、実地調査、資料の提出並びに介護保険法第２０３条に定める官公署、年金保険者及び関係人への照会に同意します。　　　　　　年　　 月　 　日　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯の状況 | 名前 | 続柄 | 生年月日 | 備考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

市役所処理欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 減免対象期間 | 納付方法 | 認定 | 備考 |
| 月～　　月 | □特徴　□普徴　□併徴 | □有　□なし |  |
| 申請入力 | 判定入力 | 判定 |
| 入力 | 照合 | 入力 | 照合 | □決定　□却下 |

介護－2024.3.11

（様式1号継紙）

減免申請の理由（できるだけ具体的に記入してください。）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |