

(様式2号)

介護保険料減免申請書

福山市長様

年度介護保険料の減免を次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	住所	
	電話	
	ふりがな 名前	本人との関係

※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 福山市介護保険条例施行規則第25条第1項第2号の規定に該当するため。				

世帯の状況	名前	続柄	生年月日	備考	

※住民票以外で生計を一にしている人がいる場合は、記入してください。

市役所処理欄

申請状況		減免対象月		納付方法			備考
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続		月～ 月		<input type="checkbox"/> 特徴 <input type="checkbox"/> 普徴 <input type="checkbox"/> 併徴			
認定	申請		決定		判定		
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし	入力	照合	入力	照合	<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下		