（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 |
| □新規　□継続　 | 　 月～　　 月 | □特徴　□普徴　□併徴 |  |
| 認定 | 申請 | 決定 | 判定 |
| □有　□なし | 入力 | 照合 | 入力 | 照合 | □決定　□却下 |

介護－2024.3.11