（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