

(様式2号)

介護保険料減免申請書

福山市長様

令和6年度介護保険料の減免を次のとおり申請します。

令和6年 10月 10日

| | | | | | |
|-----|------------------|-------|------|--------|--------------|
| 申請者 | 住所 福山市東桜町3番5号 | | | 電話 | 084-928-1180 |
| | ふりがな | かいご | いちろう | 本人との関係 | |
| | 名前 | 介護 一郎 | | 長男 | |

※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 | 000134567 | | |
| | 住所 福山市東桜町3番5号 | | 電話 | 084-928-1180 |
| | ふりがな | かいご | たろう | 生年月日 |
| | 名前 | 介護 太郎 | | S23年 8月 10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 |
|-------|-------|----|-----------|----|
| | 介護 次郎 | 子 | S50.10.20 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

※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 | |