

年度 介護保険料減免申請書

申請者	住所		電話
	ふりがな	被保険者との関係	
	名前		

※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		
	ふりがな	電話	
	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		<input type="checkbox"/> 特徴	<input type="checkbox"/> 普徴	<input type="checkbox"/> 併徴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし	
申請入力		判定入力		判定		
入力	照合	入力	照合	<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下		

