

(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つぎ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	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			
申請		決定		照会		判定	
入力	照合	入力	照合			<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下	