

(様式2号)

## 介護保険料減免申請書

福山市長様

2015年度介護保険料の減免をつぎのとおり申請します。

2015年 10月 10日

申請者	住所			電話	084-928-1180
	福山市東桜町3番5号				
	ふりがな	かいご	いちろう		
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	10001234567			
	住所	福山市東桜町3番5号			
	ふりがな	かいご	たろう	生年月日	
	名前	介護	太郎	s 23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	s 50.10.20

※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			
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	