

2015 年度 介護保険料減免申請書

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	被保険者との関係		
	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	1 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7			
	住所 〒	720-0825		電話	084-928-1180
	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	<ol style="list-style-type: none"> 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	2015年 10月 10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、資料の提出および介護保険法第203条に定める官公署、年金保険者、関係人への照会に同意します。

2015年 10月 20日

被保険者名前 介護 太郎 介護 印

	名前	続柄	生年月日	備考
世帯の状況	介護 太郎	本人	s 23.8.10	
	介護 花子	妻	s 24.9.20	
	介護 一郎	長男	s 50.10.20	

市役所処理欄

減免対象期間		納付方法		照会		備考	
月～ 月		<input type="checkbox"/> 特徴 <input type="checkbox"/> 普徴					
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			

減免申請の理由（できるだけ具体的に記入してください）

（例）

2015年10月10日に、火災により、福山市東桜町3番5号の住宅が全焼したため。