

介護保険料減免申請書

令和〇〇年 〇月 〇日

(あて先) 飯塚市長

飯塚市介護保険条例の規定に基づき、介護保険料の減免を申請します。
なお、必要があるときは、世帯の所得状況について、地方税法に基づく課税台帳により、確認されることを承諾します。

窓口に来た人 飯塚 花子 (被保険者との続柄 本人)

住 所 飯塚市新立岩〇番〇号 電話番号 0948-〇〇-〇〇〇〇

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0

1. 被保険者及び主たる生計維持者の氏名及び住所

フリガナ イツカ ハナ

(被保険者氏名) 飯塚 花子 男・女 (要介護・要支援認定) 有・無

生年月日 (明治・大正・昭和) 2年 3月 4日生

※ 現在の状況 在宅・入所又は入院
入所先
(入院先)

(住所) 飯塚市新立岩〇番〇号

フリガナ イツカ タロウ

(主たる生計維持者) 飯塚 太郎

生年月日 (明治・大正・昭和) 30年 4月 5日生

(住所) 飯塚市新立岩〇番〇号

2. 減免を受けようとする理由 (該当する理由の番号に○を記入してください)

- () 震災・風水害・火災等に被災したため。
- () 主たる生計維持者の死亡、心身の重大な障がい、長期間入院により収入が著しく減少したため。
- () 主たる生計維持者が、事業の休廃止、失業等により収入が著しく減少したため。
- (4) 収入が少なく生活が困難なため。
- () (5) その他の理由 ()

*事務処理欄 (記入の必要はありません)

マイナンバー 確認書類	個 通 住 証 コ ネ	身 元 確 認	<input type="checkbox"/> 本人 (○) <input type="checkbox"/> 代理人 (△)	1点 : 免 障 住B 個 ケ その他 () 2点 : 保 年 証 住A 医 その他 ()
----------------	----------------------------	------------------	---	--