

# 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

## 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 ハナコ

(被保険者氏名) 飯塚 花子 男・女 女 (要介護・要支援認定) 有・無 無

生年月日 (明治・大正・昭和) 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

(住所) 飯塚市新立岩〇番〇号 (入院先)

フリガナ イツカ タロウ

(主たる生計維持者) 飯塚 太郎

明治・大正・昭和 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 住 証 ネ コ
----------------	-----------------------

身 元 確 認	<input type="checkbox"/> 本人 (○)	1点 : 免 障 住B 個 ケ その他( )
	<input type="checkbox"/> 代理人 (△)	2点 : 保 年 証 住A 医 その他( )