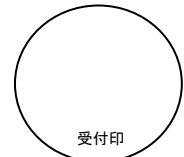


介護保険料減免申請書

加古川市長 様



次のとおり、 年度 介護保険料の減免を申請します。また、要件の確認のために、市において必要な場合には、税務部局その他の関係機関に必要な照会をすることに同意します。

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者氏名 _____ 印（被保険者本人との関係：本人・本人の _____）

※ご本人以外（家族・親族）の方が申請される場合は、申請者の住所・電話番号を記入してください。

申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____
-------	---------------------------

① 被保険者について記入してください。

ふりがな		被保険者番号			
氏 名	印 _____	生 年 月 日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日	性 別	男 ・ 女 _____
住 所	〒 _____ 電話番号 _____				

② 当てはまるものを○で囲むとともに、必要な事項を記入してください。

減免を受けようとする理由	1. 災害	ア 災害の種類	① 火災 ② その他(_____)			
		イ 災害の発生した日	_____ 年 _____ 月 _____ 日			
		ウ 災害の程度	① 全焼(壊) ② 半焼(壊) ③ 床上浸水			
	2. 主として生計を維持する人の(① 死亡 ② 収入の著しい減少)					
	主として生計を維持する人	氏名	_____		本人との関係	_____
		事業の種類又は(離職前の)勤務先 _____				
	②(収入の著しい減少)の場合には、収入減少の理由について当てはまるものに記入してください。	1. 障害・長期入院	病気・けがの名まえ	_____		
			発病・負傷年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日		
		医療機関の名称		_____		
		2. 事業の休廃止	休廃止年月日		_____ 年 _____ 月 _____ 日	
	休廃止したことを届出した官公署 _____					
	3. 事業における著しい損失	内容を記入して下さい		_____		
		4. 失業	離職日	_____ 年 _____ 月 _____ 日		
	3. 刑事施設などへの拘禁	場 所 _____				
		拘禁の開始日	_____ 年 _____ 月 _____ 日		拘禁の終了日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
4. 加古川市外国籍高齢者等福祉給付金受給						
5. 生活困窮（この場合は別紙「生活困窮者減免 状況申告書」も記入してください。）						
新型コロナウイルス感染症の影響により、次の理由に該当する場合						
6. 主として生計を維持する人の(① 死亡 ② 重篤な傷病)						
7. 主として生計を維持する人の事業収入、不動産収入、山林収入、給与収入の減少が見込まれる（次に該当する場合は○で囲んでください(① 事業廃止 ② 失業))						
減免対象納期	(① 普通徴収 ② 特別徴収)		年間保険料額	_____ 円		
	_____年度第 _____期～_____年度第 _____期					