介護保険料の減免に関する申し出

対象者	住　　所			
	氏　　名		生年月日	年　　月　　日
申出者	□ 対象者本人からの申し出			
	住　　所	□ 対象者と同一		
	氏　　名		対象者から見た続柄	

上記対象者は下記の原因により、賦課の根拠となる年の基準所得と比較して、その翌年の基準所得（死亡減免の場合は世帯の基準所得）が半減することが見込まれ、介護保険料の納付が著しく困難であることを申し出ます。なお、所得の半減見込みが無くなった場合は、速やかに報告します。

減免対象年度	令和　　年度	事由発生日	令和　　年　　月　　日	
原因	□ 生計中心者の死亡（死亡者氏名：　　） □ 障害・長期入院による減収　□ 休業・廃業 □ 事業の著しい損失　□ 失業等　□ 不作・不漁等			
詳細※１（死亡以外）				
令和　　年中見込収入		課税年金収入	給与収入	その他※２
	対象者	円	円	円
	（　　）	円	円	円
	（　　）	円	円	円

※１　所得激減の理由について、発生日や内容を詳しく記入してください。

※１　減免事由の無い場合は減免の対象になりません。

※２　収入から経費を引いた額（所得額）を記入してください。

事由発生年の所得が確定し、条件を満たさないことが判明した場合、遡って減免を取り消すことがあります。その場合、減免相当額を一括納付する必要がありますのでご注意ください。所得半減の見込みが無くなった場合、速やかに報告をお願いします。