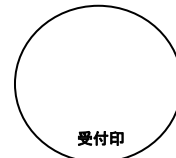


## 介護保険料減免申請書

加古川市長 様



次のとおり、令和 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 (被保険者本人との関係 : 本人・本人の )

※ご本人以外(家族・親族)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		生年月日	大・昭	年	月	日				
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。)					
6. その他( )					
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				