

介護保険料減免申請書

くすのき広域連合長 様

今年度分くすのき広域連合介護保険料の減免をくすのき広域連合介護保険条例第13条の規定により、次のとおり申請します。

申請者氏名	印	申請年月日	年 月 日
申請者住所	〒 —	被保険者との関係	
		電話番号	()

※申請者が被保険者本人の場合、申請者の住所及び電話番号は、記載不要

被 保 険 者	フリガナ			被保険者番号										
	被保険者氏名			個人番号										
	生年月日	明・大・昭	年 月 日											
	性別	男 ・ 女												
	住 所	〒 —		電話番号	()									

世帯構成員氏名				続柄	年齢	職業	世帯構成員氏名				続柄	年齢	職業
1		本人				4							
2						5							
3						6							

主たる生計維持者（または生計維持者であった者）

氏 名		個人番号										
-----	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※り災による減免申請の場合は記載不要

申請理由													

減 免	第	号	から	第	号
-----	---	---	----	---	---

申請を受理し、決定してよろしいか。

本 部				支 所			決裁年月日	收受欄
総務課長	課長代理	主任	担当者	支所長	支所長代理	担当者	年 月 日	
							通知年月日	
							年 月 日	

収入・所得明細書

(介護保険料減免申請用)

私の今年の収入額（見込額）は次のとおりです。

氏名 _____

(単位：円)

	給与収入	年金収入	営業収入		その他収入 ()	備考
			収入	経費		
1月						
2月						
3月						
4月						
5月						
6月						
7月						
8月						
9月						
10月						
11月						
12月						
合計金額						

地方税法上の扶養人数 _____ 人

- ※1～3月に申請する場合は前年中の確定した収入額を記載してください。
- ※記載する金額は所得や手取り金額ではなく、収入額（額面の金額）です。
- ※申請月より前の月については確定した収入額を記入してください。申請月以降は収入見込額を記入してください。
- ※収入がある場合、内訳が分かる給与明細や年金振込通知書などを添付してください。
- ※退職により収入が減少した場合は退職証明や離職票など退職した日付がわかる書類を添付してください。

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

住所 〒

氏名

印