様式第３号（第５条関係）

介護保険料減免申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | 性別 | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※生計維持者 | 氏名 |  | 被保険者との続柄 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | 性別 | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | | （条例第14条第１項関係）  １　災害等（第１号該当）  ２　世帯主の死亡等（第２号該当）  ３　世帯主の失業等（第３号該当）  ４　農作物の不作等（第４号該当）  ５　介護保険法第63条該当者（第５号該当）  ６　特別の理由（第６号該当） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （宛先）えびの市長  上記のとおり、　　　　年度分の介護保険料の減免を申請します。  なお、この決定に関し、私の世帯等について必要な課税資料の閲覧及び関係機関への照会について、同意します。  　　　　　　年　　月　　日  住所  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  氏名　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※生計維持者が、被保険者本人の場合は記載不要