

法定・独自

→

介護保険料減額・免除申請書

年 月 日

吹田市長 宛

次のとおり_____年度分介護保険料の減額・免除を申請します。

申請者	住所	電話番号 ()									
	氏名	被保険者番号	0	0	0						

主たる生計維持者	住所	上記に同じ									
	氏名	上記に同じ 続柄 (本人・配偶者・)									

期別	保険料額	納期限 (普通徴収のみ)
特・普 第 期	円	年 月 日
特・普 第 期	円	年 月 日
特・普 第 期	円	年 月 日
特・普 第 期	円	年 月 日
特・普 第 期	円	年 月 日
特・普 第 期	円	年 月 日

期別	保険料額	納期限 (普通徴収のみ)
特・普 第 期	円	年 月 日
特・普 第 期	円	年 月 日
特・普 第 期	円	年 月 日
特・普 第 期	円	年 月 日
特・普 第 期	円	年 月 日
特・普 第 期	円	年 月 日

(保険料額等を記入する代わりに介護保険料額決定通知書等の写しを添付いただいても結構です)

減額又は免除を受けようとする理由	<input type="checkbox"/> 災害による損害 <input type="checkbox"/> 重大な障害・長期入院による収入減少、主な生計維持者の死亡 <input type="checkbox"/> 業務の休廃止・失業等による収入減少 <input type="checkbox"/> 農作物の不作、不漁その他これに類する理由による収入減少 <input type="checkbox"/> 生計を維持する上で特に必要と認める事情
------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※ 裏面の「収入等申告書」も必ずご記入ください。

収入等申告書

1 世帯の収入状況

氏名	続柄	年齢	収入の内容	収入金額 (年間)
①	本人 配偶者 ()		年金・給与・	円
②	本人 配偶者 ()		年金・給与・	円
③	本人 配偶者 ()		年金・給与・	円
④	本人 配偶者 ()		年金・給与・	円
仕送りによる収入		氏名	続柄	金額
				円

世帯収入の合計	円
---------	---

2 扶養の状況

- ・他の世帯に属する者に { 扶養されていない (医療保険証確認)
 扶養されている (後期高齢者医療被保険者)

3 資産の状況

(1) 世帯の預貯金等の状況

口座名義人氏名	金融機関・支店名	預貯金等の種類	金額
に同じ	銀行 支店	普通・定期	円
に同じ	銀行 支店	普通・定期	円
に同じ	銀行 支店	普通・定期	円
に同じ	銀行 支店	普通・定期	円

預貯金額の合計	円
---------	---

(2) 不動産の状況 (現に居住しているものを除く)

- ・現在自己の居住用以外に活用できる不動産を { 所有していない
 所有している

種類	物件の所在地	面積
土地・建物		

※ 以上のとおり、介護保険料の減額または免除に係る各要件について、申告します。この申告内容について、必要な場合は、税務部局その他関係機関に照会することに同意します。
 また、事実と異なることが判明した場合には、減額または免除を取り消されても異議ありません。
 記載した内容が事実と相違ないことを誓約します。

減免申請者 署名 _____