

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	氏名		被保険者番号	0	0	0													
	住所	〒 吹田市			電話番号														

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

保険料額及び納期限	別紙のとおり
-----------	--------

減額又は免除を受けようとする理由	<input type="checkbox"/> 1 災害又は犯罪による被害 <input type="checkbox"/> 2 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"/> 3 業務の休廃止・失業等による収入減少 <input type="checkbox"/> 4 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"/> 5 生計を維持する上で特に必要と認める事情 ↳ 「5 生計を維持する上で特に必要と認める事情」にチェックを入れた場合は、裏面「収入等申告欄」も必ずご記入ください。
------------------	--

※ 両面太枠内を必ずご記入ください。

収入等申告欄

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）
	本人 配偶者 ()		年金・給与・	円
	本人 配偶者 ()		年金・給与・	円
	本人 配偶者 ()		年金・給与・	円
	本人 配偶者 ()		年金・給与・	円

仕送りによる収入	氏名	続柄	金額

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

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
	銀行 支店	普通・定期	円
	銀行 支店	普通・定期	円
	銀行 支店	普通・定期	円
	銀行 支店	普通・定期	円

預貯金額等の合計	円
----------	---

(2) 不動産の状況（現に居住しているものを除く）

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

署名欄

※以下内容をご確認のうえ、にチェックを入れてご署名ください。

- 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。
- 介護保険料額減額・免除申請の結果が出るまでは、現状の介護保険料額を納付します。
- 資力の回復その他の事情の変化により減免の事由が回復された際は、申し出ます。
- 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 _____