

介護保険料減免申請書

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様

下記により平成 年度分介護保険料の減免を申請します。

この申請により介護保険料の減免を受けた場合には介護保険料を納付することを約束します。また、介護保険料の減免を受ける必要がなくなった場合には速やかに申し出ることを約束します。

住 所											
氏 名											
生 年 月 日				年			月			日	
被 保 険 者 番 号											
個 人 番 号											

平成 年 月 日
氏名 印

※ ここから下は市町で記入しますので、何も書かないで下さい。

市町受付

- 生活保護を受給していない。
 - 世帯に住民税課税者がいない。
 - 前年の世帯の収入合計額が基準額以下である。
- 以上確認しました。

平成 年 月 日
市町担当者氏名

※ ここから下は保険者記入欄です。

世帯の収入額合計		3/4減免基準額	2/4減免基準額
円		円	円
世帯の預貯金等合計額		減免該当基準額	
円		円	

減免該当	該当する	減免額	3/4	減免開始日	年 月 日
	該当しない		2/4		

以上確認しました。

平成 年 月 日
