

介護保険料減免申請書



鬼北町長 様

年 月 日

申請者住所 鬼北町大字

申請者氏名

以下のとおり、証拠書類等を添えて介護保険料の減免の申請をします。

なお、申請に当たり、世帯員等の課税状況や所得状況等を担当職員が確認することに同意します。

事実と異なることが判明した場合、減免額の変更や減免を取り消されることに異議はありません。

被保険者氏名											被保険者証番号										
個人番号																					
生年月日	年 月 日生										性別	男 ・ 女									
住所	電話番号																				
申請理由	理由の生じた日 年 月 日																				
世帯員及び生計を同じにしている家族の収入の状況 (収入のある方のみ記入してください。)																					
続柄	氏名	年齢	前年の収入	収入の種類																	
本人			円																		
			円																		
			円																		
			円																		
			円																		
住宅・家財・財産に損害を受けたとき																					
罹災物件					所有者氏名					保険金等の受取予定額											
主たる生計維持者の収入が著しく減少したとき																					
続柄	氏名	収入見込額	収入の種類																		
		円																			
提出住所											被保険者との関係										
代理人氏名											電話番号										

※罹災証明書、その他証拠書類を添付してください。