様式第1号(第2条関係)

介護保険料減免申請書

年　　月　　日

出雲市長　様

申請者　　住所

氏名

電話

　次のとおり、介護保険料の減免を申請します。

　なお、公簿等により所得状況等の確認を受けることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ氏名 | 　 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 性別 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 電話 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 生計維持者 | フリガナ氏名 | 　 | 　 |
| 　 | 性別 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 電話 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 保険料及び納期限 |
| 支払方法 | 特別徴収 | 普通徴収 | 納期限 |
| 納期 | 保険料額 | 保険料額 |
| 4月 | 円 | 円 | 年　　　月　　　日 |
| 6月 | 円 | 円 | 年　　　月　　　日 |
| 8月 | 円 | 円 | 年　　　月　　　日 |
| 10月 | 円 | 円 | 年　　　月　　　日 |
| 12月 | 円 | 円 | 年　　　月　　　日 |
| 2月 | 円 | 円 | 年　　　月　　　日 |
| 　 | 円 | 円 | 年　　　月　　　日 |
| 　 | 円 | 円 | 年　　　月　　　日 |
| 申請理由 | 　 |

※　第1号被保険者と生計維持者が同じ場合は、生計維持者の欄は記入不要