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