別表第１(第７条関係)

介護保険料減免申請書

平成　　　年　　　月　　　日

　御杖村長　 　　様

|  |  |
| --- | --- |
| （申請者） | 住 所 |
|  | 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
|  | （電話：　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | （被保険者との関係：　　　　　　　　　） |

次の事由により，介護保険料の減免を受けたいので，次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏　名 | |  | | | 被保険者番号 |  | | | |
| 住　所 | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | | 明　大　昭　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 減免を受けようとする  保険料 | 年度 | [決]　　年度　[賦]　　年度 | | | | 年間保険料額 | | 円 | | |
| 普通 徴収 | １期 | 円 | | ５期 | 円 | | 期 | 円 | |
| ２期 | 円 | | ６期 | 円 | | 期 | 円 | |
| ３期 | 円 | | ７期 | 円 | | 期 | 円 | |
| ４期 | 円 | | ８期 | 円 | | 期 | 円 | |
| 特別 徴収 | ４月 | 円 | | ８月 | 円 | | 12月 | 円 | |
| ６月 | 円 | | 10月 | 円 | | ２月 | 円 | |
| 家族の  状況等 | 氏　　　名 | | | 続柄 | 年齢 | 職 業 ・ 勤 務 先 | | | | 主たる生計維持者 |
|  | | | 世帯主 |  |  | | | |  |
|  | | |  |  |  | | | |  |
|  | | |  |  |  | | | |  |
|  | | |  |  |  | | | |  |
|  | | |  |  |  | | | |  |
| 減免申請の事由 | １　災　　害　　２　所得減少　　３　生活困窮　　４　そ の 他 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 添付書類 | １　罹災証明書　　２　その他事由を証明する書類（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |

※事実と異なることが判明した場合は，減免を取り消されることになります。

※申請者が被保険者本人でない場合には，別途委任状の提出が必要になります。