

介護保険料減免申請書

宇治市長 あて

次のとおり 年度分介護保険料の減免を申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
申請者氏名		被保険者との続柄	
申請者住所	〒 (電話 — —)		

被保険者番号	0	0	0						
フリガナ									
被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者氏名に同じ				生年月日	明・大・昭 年 月 日			
住所					〒 (電話 — —)				
申請理由	<input type="checkbox"/> 災害等 <input type="checkbox"/> 収入の著しい減少 <input type="checkbox"/> 低所得 <input type="checkbox"/> その他		[詳しい理由を記入してください]						

注：該当する□に、 印を記入してください

※ 下記の欄は記入しないでください

受付	保 険 料 額	徴 収 方 法	徴収方法(減免後)
	円	特・普(納付書・口座)・併徴	特・普(納付書・口座)・併徴
収入金額 (世帯計)	世帯員 人 円	資 産 状 況	扶 養 状 況
預貯金額 (世帯計)	円	居住用資産 有・無 (評価額 円) 居住用以外 有・無	税の扶養者 有・無 保険扶養者 有・無
処理	承認・不承認	入力	年 月 日 通知 年 月 日