

介護保険料減免申請書

年 月 日

士別市長 様

住 所 士別市

申請者

氏 名



電話番号(—)

次のとおり介護保険料の 減 免 を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

個人番号														
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

納付義務者 (第1号被保険者)	住所	士別市										
	氏名						主生計維持者					
減 免 を 受 け る 内 容	徴収区分	普徴・特徴	賦課年度	年度			賦課対象年度	年度				
	年間保険料額	円 (段階別保険料区分：第1段階)										
	納期限及び期別保険料額	普徴 第1期	特徴 4月	年 月 日			期別金額省略 円					
		普徴 第2期	特徴 6月	年 月 日			円					
		普徴 第3期	特徴 8月	年 月 日			円					
		普徴 第4期	特徴 10月	年 月 日			円					
		普徴 第5期	特徴 12月	年 月 日			円					
		普徴 第6期	特徴 2月	年 月 日			円					
		普徴 第7期		年 月 日			円					
普徴 第8期			年 月 日			円						
	随 時	月	平成 年 月 日			円						
申請理由	<input type="checkbox"/> 所得が少なく特に生計困難なため(別紙、収入状況報告書のとおり)											
納期限7日前までに申請できなかった理由												
申請区分	<input type="checkbox"/> 条例第17条第1項第1号(震災・風水害・火災・これに類する災害) <input type="checkbox"/> 条例第17条第1項第5号(被保険者及びその属する世帯が、特に生計困難) <input type="checkbox"/> 条例第17条第1項第6号(その他条例第17条第1項から第5項に類する特別な理由又は法第63条の規定により介護給付等の制限が行われている場合)											

※ 申請者は、納付義務者(第1号被保険者)又は連帯納付義務者に限る。

申請手続き上の注意

1. 虚偽の申請をして減免の決定を受けた場合は、その決定が取り消しされ、徴収を免れた額の5倍以内の過料を課せられることがあります。
2. 申請書には次の書類を添付してください。

条例第17条第1項	申請事由	必要な書類
第1号	震災・風水害・火災・これに類する災害	罹災証明書・火災(損害)保険金決定通知書
第2号	死亡	その事実がわかる書類・収入状況申告書
	障害	身体障害者手帳(診断書等)・収入状況申告書
	長期入院	病院の領収書等・収入状況申告書
第3号	事業、業務の休廃止・事業の著しい損失 失業	その事実がわかる書類・収入状況申告書
第4号	不作・不漁・その他類する理由	その事実がわかる書類・収入状況申告書
第5号	低所得等により特に生計が困難	昨年中の収入がわかる書類
第6号	第1号から第5号に類する特別な理由又は法第63条の規定により介護給付等の制限が行われている場合	その事実がわかる書類・収入状況申告書

※ 事由に応じて、給与証明書、事業収入申告書、無収入証明書等を添付すること。