介護保険料減免申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第１号被保険者 | フリガナ |  | 保険者 番号 |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|
| 氏名 |  |
| 被保険者番号 |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　月　日生 | | 性　別 | | | | | 男　・　女 | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話　　　（　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 生計維持者※ | 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | | 性別 | | | 男　・　女 | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話　　　（　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | | 第１号被保険者  生計維持者　　　　　　　　　　　　が | | | | | | | | | | | | | | |
| 屋久島町長　様  　上記のとおり、　　　　年度分介護保険料の減免を申請します。  　なお、この決定に関して、私の世帯について必要な課税資料を閲覧することを同意します。  　　　　　　年　　月　　日  　申請者　住　所　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　）  　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | |

　※生計維持者が、第１号被保険者本人の場合は記載不要

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 納期 | 月 | 当　初　の　額 | | 減免額 | 減免後の額 |
| 普通徴収 | 特別徴収 |
| 保　険　料　額 | １期 | ４月 |  |  |  |  |
| ２期 | ６月 |  |  |  |  |
| ３期 | ８月 |  |  |  |  |
| ４期 | 10月 |  |  |  |  |
| ５期 | 12月 |  |  |  |  |
| ６期 | ２月 |  |  |  |  |