

介護保険 保険料減免申請書

神戸市 区長宛

下記の通り、介護保険料の減免を申請します。

令和 年 月 日

減免を受ける人				
保険者番号		被保険者番号		
フリガナ		生年月日	大正 昭和	年 月 日
氏名				
住所	電話番号 — —			
世帯に属する人				
氏名	(本人)			
障害・寡婦	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
減免を希望する保険料				
年度	通知を受けた保険料額	保険料段階		
年度	円	第	段階	

あてはまるものに✓をつけて、必要事項を記入してください。

<input type="checkbox"/> 失業・事業の休廃止				
主たる生計維持者が (失業 / 事業を休廃止) した				
氏名		離職日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 死亡・障害・長期入院				
主たる生計維持者が (死亡 / 障害 / 長期入院) した				
氏名		事由発生日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 災害				
災害の種類	被災割合	%	事由発生日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 刑事施設等への拘禁				
開始日	年 月 日	終了日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 神戸市在日外国人等福祉給付金受給				

神戸市使用欄 起案日 令和 年 月 日 決裁日 令和 年 月 日

前年世帯所得 ①	円	当年世帯所得 ②	円				
月額所得 ② / 12	円	減少割合 (①-②) / ①	%				
賦課の元となる	円	2 激減	3 給付金	4	災害	5	拘禁
所得又は収入の見込み額	第 段階 → 第 段階	入力割合	課長	係長	担当	受付	
決議番号	NO.	開始	年 月				
承認 ・ 不承認	終了	年 月	%				