

令和6年度 介護保険料減免申請書

申請者	住所 福山市東桜町3番5号		電話 084-928-1180
	ふりがな かいご いちろう	被保険者との関係	
	名前 介護 一郎	長男	

※申請者が被保険者本人の場合は、この欄は記入不要です。

被保険者	被保険者番号 0001234567	
	住所 〒720-0825 福山市東桜町3番5号	
	電話 084-928-1180	生年月日
	ふりがな かいご たろう	S23年8月10日
名前 介護 太郎		

申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 災害等により著しい損害を受けたこと。 <input type="checkbox"/> 2 災害により世帯の主たる生計維持者が死亡したこと。 <input type="checkbox"/> 3 災害により世帯の主たる生計維持者が障害者となったこと。 <input type="checkbox"/> 4 収入が著しく減少したこと。 <input type="checkbox"/> 5 刑事施設等に拘禁された期間があること。 <input type="checkbox"/> 6 その他 (
------	---

事由発生日 令和6年 4月10日 ~ 年 月 日

福山市長様

福山市介護保険条例施行規則第25条第2項の規定により介護保険料の減免を申請します。
 なお、この減免の適用について必要な世帯の所得調査、実地調査、資料の提出並びに介護保険法第203条に定める官公署、年金保険者及び関係人への照会に同意します。

令和6年 4月15日
 被保険者名前 介護 太郎

世帯の状況	名前	続柄	生年月日	備考
	介護 太郎	本人	S23.8.10	
	介護 花子	妻	S24.9.20	
	介護 一郎	長男	S50.10.20	

市役所処理欄

減免対象期間 月 ~ 月		納付方法 <input type="checkbox"/> 特徴 <input type="checkbox"/> 普徴 <input type="checkbox"/> 併徴		認定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし		備考
申請入力		判定入力		判定		
入力	照合	入力	照合	<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下		

(様式1号継紙)

減免申請の理由 (できるだけ具体的に記入してください。)

(例)

令和6年4月10日の火災により、自宅が全焼したため