様式第１号（第４条関係）

# 介護保険料減免申請書

伊佐市長　　様

次のとおり令和　　年度分介護保険料の減免を申請します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 申請年月日 | 年　月　日 |
| 第1号被保険者 | フリガナ | | 個人番号 | |
| | 氏　名 | 印 | 被保険者番号 | |
| | 住　所 | 〒<br>電話番号 | | |
| | 生年月日 | 年　月　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 申　請　理　由 | | | | |

介護保険料の減免の決定のために必要があるときは、私及び私の世帯の世帯員の資産及び収入の状況について調査することに同意します。

なお、代理申請をする場合は、下記の者を代理人と定め、上記の申請について委任します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 代理人 | 氏　名 | 印 | 第１号被保険者との関係 | |
| | 住　所 | 〒<br>電話番号 | | |
| 生計維持者※ | フリガナ | | 個人番号 | |
| | 氏　名 | | 第１号被保険者との関係 | |
| | 住　所 | 〒<br>電話番号 | | |
| | 生年月日 | 年　月　日 | 性別 | 男　・　女 |

※生計維持者が第１号被保険者本人の場合は、生計維持者欄は記載不要

| 区分 | 減免を受けようとする保険料の額（普通徴収） | 納　期　限 | 減免を受けようとする保険料の額（特別徴収） | 特別徴収支払月 |
|---|---|---|---|---|
| 保険料額 | | 年　月　日 | | 月 |
| | | 年　月　日 | | 月 |
| | | 年　月　日 | | 月 |
| | | 年　月　日 | | 月 |
| | | 年　月　日 | | 月 |
| | | 年　月　日 | | 月 |