様式第１号（第７条関係）

　八女市長　　様

介護保険料減免申請書

　次のとおり　　　　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 | | | | | | | | |  | | | | |  |  |
| 被保険者 | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | 男　・　女 |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 明・大・昭  年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | 被保険者との関係 | | |  |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | □火災・震災・風水害・その他これに類する災害  □生計維持者の死亡・入院等に伴う収入の減少  □生計維持者の事業の休廃止等に伴う収入の減少  □干ばつ・冷害・凍霜等による農作物の不作に伴う収入の減少  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同意書 | 介護保険料の減免に係る決定のために必要があるときは、私又は私の世帯員の収入及び資産の状況につき、保険者（八女市）が関係機関又は関係人に報告を求めることに同意します。  年　　月　　日  申請者　　住　所  氏　名  氏　名  氏　名  氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請区分 | 番号確認 |  | 代理権の確認 |
| 本人　□  代理　□  代行　□ |  | □介護保険証　　□健康保険証  □運転免許証　　□通知カード  □その他(　　　　　　　　　　) |
| 身元確認 |  |
| 提　供 |  |