

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	<input type="checkbox"/> 火災・震災・風水害・その他これに類する災害 <input type="checkbox"/> 生計維持者の死亡・入院等に伴う収入の減少 <input type="checkbox"/> 生計維持者の事業の休廃止等に伴う収入の減少 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>												
	申請者	住所											
		氏名										印	
		氏名										印	
		氏名										印	

申請区分	番号確認		代理権の確認	
本人 <input type="checkbox"/>	身元確認		<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> 健康保険証
代理 <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 通知カード
代行 <input type="checkbox"/>	提供		<input type="checkbox"/> その他()	