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（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |