

(様式1)

介護保険料減免・徴収猶予申請書

高砂市長様

次のとおり、年度介護保険料の減免・徴収猶予を申請します。

なお、減免の要件の確認のために必要な場合には、市税・資産等に関する資料の調査をすることを承諾します。

申請日 年 月 日

申請者氏名		被保険者本人との関係	
申請者住所	※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 〒 高砂市 電話番号 () -		

①被保険者について記入してください。

ふりがな		被保険者番号
氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
		性別	男 ・ 女
住所	〒 高砂市 電話番号 () -		

②減免・徴収猶予を申請する理由を詳しく記入してください。(区分を囲み、理由を記入してください。)

主たる生計維持者 本人 ・ 世帯員 ()		
災害、死亡、長期入院、退職、事業の休廃止、その他 ()		
事由発生日	年 月 日	収入 <input type="checkbox"/> 退職後の年金額 (年金・企業年金・個人年金) <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> その他 ()
要件		

処理欄(ここは記入しないでください。)

市記入欄	承認	【減免決定額】	【算出の根拠】	減免区分
		→ 段階相当額へ減額	前年所得	(1)災害 §10-1-(1)
		円	(2)死亡・長期入院 §10-1-(2)	
			(3)休廃止・失業 §10-1-(3)	
			(4)不漁・不作 §10-1-(4)	
	却下	【却下理由】	半減 かつ 課税 (段階) ・ 世帯非課税 (段階)	

年 月 日	決裁	課長	副課長	係長	担当者
上記のとおり承認・却下してよろしいか		*			