

(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
要件	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 ( )

処理欄(ここは記入しないでください。)

市記入欄	承認	<b>【減免決定額】</b> → 段階相当額へ減額 円	<b>【算出の根拠】</b> 前年所得 所得見込	減免区分 (1)災害 §10-1-(1) (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	<b>【却下理由】</b> 半減 かつ 課税 ( 段階 ) ・ 世帯非課税 ( 段階 )		

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