

介護保険料減免申請書

第1号被保険者	個人番号		保険者番号	462036			
	フリガナ						
	氏名		被保険者番号				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女			
	住所	〒 (電話番号)					
※生計維持者	氏名	※ 生計維持者が第1号被保険者本人の場合は記入不要					
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女			
	住所	(電話番号)					
申請理由 ※該当項目に☑・記入してください。	<input type="checkbox"/> 災害	ア 災害の種類	<input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> その他 ()				
		イ 災害発生日	令和 年 月 日				
		ウ 被災の程度	<input type="checkbox"/> 全焼(壊) <input type="checkbox"/> 半焼(壊) <input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/> 生計維持者の収入減少	<input type="checkbox"/> 死亡	(死亡日)	年 月 日			
		<input type="checkbox"/> 障害・長期入院	(病名等) (発病・負傷日)	年 月 日			
		<input type="checkbox"/> 事業の休廃止	(休廃止日)	年 月 日			
		<input type="checkbox"/> 事業における著しい損失	(内容)				
<input type="checkbox"/> 失業		(離職日)	年 月 日				
<input type="checkbox"/> 農作物不作等	(離職日)	年 月 日					
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 刑務施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ()						
<p>鹿屋市長 様</p> <p>上記のとおり、令和 年度分介護保険料の減免を申請します。</p> <p>なお、この申請に関し、私の世帯について必要な課税資料を閲覧することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 氏名 電話番号</p>							

(市確認欄)

申請者確認	事由・添付書類
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード	災害 <input type="checkbox"/> り災証明書 <input type="checkbox"/> 被災証明書 <input type="checkbox"/> 補填額が分かる書類 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証	減少 <input type="checkbox"/> 給与明細書等 <input type="checkbox"/> 年金振込通知書等 <input type="checkbox"/> 離職証明書・雇用保険受給資格証 <input type="checkbox"/> 休廃業届
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 入院証明書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 死亡確認 <input type="checkbox"/> 減収量証明書 <input type="checkbox"/> 補填額が分かる書類
<input type="checkbox"/> 委任状	63条 <input type="checkbox"/> 在所証明書