

介護保険料減免申請書

(あて先)寝屋川市長
令和 年度分、寝屋川市介護保険料の減免を寝屋川市介護保険条例第12条の規定により、次のとおり申請
します。 また、申請事由に変更が生じた場合は、直ちにその旨を市長に申し出ます。

			申請年月日	年 月 日			
申請者	住 所	〒					
	フリガナ	TEL ()					
	氏 名			本人との関係			

※ (1) 申請者が被保険者本人の場合は、住所及び電話番号の記載は不要です。
(2) 本人と同居以外の申請者については、委任状(代理人選任届)が必要です。

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0									
	フリガナ												生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名													
	住 所	〒											TEL ()	

	世帯構成員氏名	続柄	年齢	職業	生計中心者及び世帯構成員の状況
1		世帯主			
2					
3					
4					

申 請 理 由	

◎ これより先は記入しないでください
下記のとおり決定してよろしいか。

寝屋川市条例 第12条第1項	第1号	年 月 日	火災・風水害・震災・その他類する災害		
	第2号	年 月 日	世帯生計維持者が、死亡・障害・長期入院		
	第3号	年 月 日	世帯生計維持者が、業務休廃止・著しい損失・失業		
	第4号	年 月 日	保険料を納付することが著しく困難な事情として規則で定める事情があること		
減額決定年度及び期別区分		年度 第 期 ~ 第 期			
保険料額 (円)		減 免 額 (円)		更正決定額 (円)	
		第 号から第 号	減免額		

端末機入力処理日	年 月 日	承認 ・ 不承認
----------	-------	----------