

介護保険料減免申請書

(あて先)寝屋川市長

年度分、寝屋川市介護保険料の減免は、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。

記入例

申請年月日 令和 7 年 6 月 1 日

申請者	住所	〒572-8533 寝屋川市池田西町28番22号		TEL 072 (824) 1181
	フリガナ	ネヤガワ タロウ		
	氏名	寝屋川 太郎		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	1	2	3	4	5	6		
	フリガナ	ネヤガワ ハナコ											
	氏名	寝屋川 花子										生年月日	明・大 昭 25年 1 月 1 日
	住所	〒572-8533 寝屋川市池田西町28番22号										TEL 072 (824) 1181	

	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	寝屋川 太郎	世帯主	70歳	無職	
2	寝屋川 花子	妻	67歳	パート	生計中心者
3					
4					

申請理由	申請理由を詳しく記入してください	

◎ 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ほしいか

寝屋川市条例 第12条第1項	第1号	この欄は記入しないでください		害
	第2号			用入院
	第3号			しい損失・失業
	第4号			令和 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		平成 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		令和 年 月 日		承認 ・ 不承認