

介護保険料減免申請書				
男 鹿 市 長 様		令和 年 月 日		
申請者 (被保険者名)	住 所 _____			
	氏 名 _____		印 _____	
	生年月日 _____		年 月 日	
	電話番号 _____			
(連絡先が異なる場合記入)	氏 名 _____		(関係: _____)	
	電話番号 _____			
<p>介護保険条例附則第13項に基づき証明書類を添えて下記のとおり申請します。なお、減免の申請に伴い必要があるときは、私及び私の家族全員の収入等の状況調査に同意します。</p>				
1. 世帯の主たる生計維持者: _____ (続柄 _____)				
2. 減免を受けようとする理由				
<input type="checkbox"/> (1) 主たる生計維持者が死亡または重篤な傷病を負ったため <input type="checkbox"/> (2) 主たる生計維持者の収入が減少したため <input type="checkbox"/> (3) 主たる生計維持者が事業を廃止または失業したため				
減免を受けようとする税額等	年 度		納 期	税 額
	年度		普通徴収 第 期以降分 特別徴収 第 期以降分	円
	年度		普通徴収 第 期以降分 特別徴収 第 期以降分	円
	随時	年度分	随期	円
		年度分	随期	円
		年度分	随期	円
		受 付 者	受 付 印	

通知書・納付書回収（有・無）、振替（有・無）
延長、入力