

様式第1 (第4条関係)

介護保険料減免申請書

鹿児島市長 殿

年 月 日

第1号被保険者	フリガナ		保険者番号	4	6	2	0	1	0
	氏名	印	被保険者番号						
	生年月日	年 月 日							
	住所	〒 ー 電話番号 ー							
<p>年度分介護保険料の減免を申請します。</p> <p>介護保険料の減免の決定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員の資産及び収入の状況について介護保険課の職員が調査すること、又は金融機関、私及び私の属する世帯の世帯員の雇主若しくはその他の関係人に報告を求めることに同意します。</p> <p>なお、代理申請をする場合は、下記の者を代理人と定め、上記の申請について委任します。</p>									
代理人	氏名	印	第1号被保険者との関係						
	住所	〒 ー 電話番号 ー							
申請理由	第1号被保険者 生計維持者 _____ が _____ ため。								
生計維持者※	氏名		第1号被保険者との関係						
	生年月日	年 月 日							
	住所	〒 ー							

※第1号被保険者と同じ場合は、記入不要です。

区分	納期	月	当初の額		納期限
			普通徴収	特別徴収	
保険料額					年 月 日
					年 月 日
					年 月 日