

介護保険料減免申請書

年 月 日

氏名		被保険者との関係	
住所	〒 電話番号（ ） —		

熊 本 市 長 様

次のとおり、平成 31 年度（2～3 月期）・令和 2 年度 介護保険料の減免を申請します。

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ										性 別	生 年 月 日
	氏 名										男・女	明・大・昭 年 月 日
	住 所	〒 電話番号（ ） —										
主たる生計維持者		氏名									住所	〒

* 主たる生計維持者が被保険者本人の場合、氏名以外は記入不要

申請理由	1.災害等 2.死亡・長期入院等 3.失業等 4.生活困窮（第 2・3 段階） 5.その他（ ）

減免を受けようとする保険料額				円			
	特別徴収	普通徴収	納付期限		特別徴収	普通徴収	納付期限
2 月			令和 年 月 日	9 月			令和 年 月 日
3 月			令和 年 月 日	1 0 月			令和 年 月 日
4 月			令和 年 月 日	1 1 月			令和 年 月 日
5 月			令和 年 月 日	1 2 月			令和 年 月 日
6 月			令和 年 月 日	1 月			令和 年 月 日
7 月			令和 年 月 日	2 月			令和 年 月 日
8 月			令和 年 月 日	3 月			令和 年 月 日

※職員記入欄 受付者〔 〕

保険料段階	方書	送付先	口座	認定	滞納・ 分納相談
平成 31 年 第 段階 令和 2 年 第 段階	有（ ） 無	有 無	有 無	有 → 利用料減免 該当・非該当 無	有 無