

窓口に来られた方が、本人様でない
場合、氏名・続柄・住所を記入して
ください。

介護保険料減免申請書

年 月 日

氏名	介護 太郎	被保険者との関係	子
住所	〒860-8601 熊本市手取本町 1 番 1 号 電話番号 (096) 328 - 2311		

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	0 0 0 1 2 3 4	介護保険料減免該当者の氏名等 を記入して下さい。		生 年 月 日
	フリガナ	カイゴ ハナコ			
	氏 名	介護 花子	男・女	明・大・昭	10 年 1 月 2 日
	住 所	〒860-8601 熊本市手取本町 1 番 1 号 電話番号 (096) 328 - 2311			
主たる生計維持者		氏名	介護 太郎	住所	〒860-8601 熊本市手取本町 1 番 1 号

* 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	今回の申請に至った理由を記載して下さい。内容は簡単に書いていただいて構いません。	段階) 5. その他 ()
	新型コロナウイルス感染症により収入減少し、介護保険料の納付が困難なため		

記載していただく箇所は以上で終了です。

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