

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（ ） ー		

熊本市長様

次のとおり、令和4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（ ） ー										
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
4月			令和 年 月 日	10月			令和 年 月 日
5月			令和 年 月 日	11月			令和 年 月 日
6月			令和 年 月 日	12月			令和 年 月 日
7月			令和 年 月 日	1月			令和 年 月 日
8月			令和 年 月 日	2月			令和 年 月 日
9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
令和4年第 段階	有（ ） 無	有 無	有 無	有 → 利用料減免 該当・非該当 無	有 無