

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、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	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	男・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 記載して下さい。	生活困窮（第2・3段階）	5.その他（ ）
	<p>今回の申請に至った理由を詳しく 記載して下さい。</p> <p>飲食店を営んでいるが、新型コロナウイルス感染症の影響により事業収入が大幅に減少したため、介護保険料の納付が困難な状況。</p>		

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	納付期限
		令和 年 月 日	10月
		令和 年 月 日	11月
		令和 年 月 日	12月
		令和 年 月 日	1月
		令和 年 月 日	2月
		令和 年 月 日	3月

※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