様式第１号

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３年度　介護保険料の減免を申請します。

介護保険料減免該当者の氏名等を記入して下さい。

被保険者	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4		
	フリガナ	カイゴ　ハナコ		生　年　月　日
	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

今回の申請に至った理由を詳しく記載して下さい。

申請理由	1.災害　　活困窮（第２・３段階）　5.その他（　　）
	飲食店を経営しているが、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。

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
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３年 第　　段階	有（　　） 無	有 無	有 無	有　→　利用料減免　該当・非該当 無	有 無