

介護保険料減免申請書

熊本市長様

次のとおり、年度介護保険料の減免を申請します。

※以下、該当する□に✓を記入してください。

		申請年月日		年 月 日	
被 保 険 者	フリガナ			被保険者番号	
	氏 名				
	生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 西暦	年 月 日	電話番号	() -
	住 所				
主たる生計維持者	氏名	☐ 以下、被保険者と同じ		住所	

減免申請事由	【災害等】
	☐ 震災、風水害、火災その他これに類する災害により、住宅、家財等が著しい損害を受けた場合 ※ 該当する番号に○をつけてください： 1.火災 2.震災 3.水害 4.その他()
	【収入減】
	☐ 世帯の生計維持者が、死亡又は重大な障害を受け、その者の収入が著しく減少した場合
	☐ 世帯の生計維持者が、事業又は業務の休止、廃止、事業における著しい損失、失業等によりその者の収入が著しく減少した場合
	☐ 世帯の生計維持者が、農作物の不作、不漁等によりその者の収入が著しく減少した場合
	【拘禁】
☐ 刑事施設、労役場その他これらに準ずる施設に拘禁された場合	
【生活困窮】	
☐ 介護保険料所得段階表の第2段階・第3段階に該当する場合で、生活保護法第8条の基準を参酌し市長が生活に困窮していると認める場合	
【その他】	
()	

提 出 者	氏 名	☐ 以下、被保険者と同じ	電話番号	() -
	住 所		被保険者との 関係(続柄)	

熊本市記入欄 ※申請者は記入しないでください。

受付		入力		発送	
----	--	----	--	----	--

※裏面も必ずご記入ください。

収入等の調査に関する同意書

熊 本 市 長 宛

年度の介護保険料減免の決定に必要があるときは、熊本市が保有する私及び世帯員の収入、資産の状況（以下「収入の状況等」という。）に関する情報を、減免の要否の判断のために利用することに同意します。

また、生活困窮を理由とする申請であって、収入の状況等を確認するために必要があるときは、熊本市が私の預貯金の状況を金融機関に照会し、報告を求めることについても、あわせて同意します。

※注意

- 1 これらの調査で得られた情報は、介護保険料減免の決定以外には使用しません。
- 2 収入の状況等に関する情報の利用は、その内容を確認できる書類の提出がなかった場合に限り
ます。

年 月 日

住 所 ☐ 被保険者欄の住所と同じ（✓を記入してください）

氏 名

氏 名

氏 名

氏 名

（※世帯全員分の氏名を記入してください）

※こちらの面も必ずご記入ください。