

介護保険料徴収猶予・減免申請書

香美町長 様					年 月 日	
被保険者氏名			被保険者番号			
申請者	(フリガナ)	()	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	氏名	(本人 ・ 連帯納付義務者)				
	住所	〒 -				電話番号 ()
世帯の生計中心者	氏名	本人との関係()				
	住所					
保険金・賠償金等の有無	有 (種類) ・ 無					※どちらかに○

香美町介護保険条例の規定による介護保険料の減免（災害によって住宅に著しい損害を受けた。災害によって生計中心者が死亡又は重度障害となった。生計中心者の失業、死亡、重度障害、長期入院などにより世帯の所得が大幅に減少した。等に対する減免）を申請します。また、要件の確認のために、町において必要な場合には、税務部局その他の関係機関に必要な照会をすることに同意します。

保険料	年度	通知年月日	賦課を受けた保険料額	保険料段階	徴収猶予の場合は該当納期
	年度	年 月 日	円	第 段階	第 期分
申請の理由	※下記の申請の理由1～3のいずれかを選択し、それぞれ当てはまることを確認してください。				
	□1 災害による損害	損害の状態	損害の原因	その他	
		<input type="checkbox"/> ①住宅 <input type="checkbox"/> ②死亡 <input type="checkbox"/> ③障害 災害を受けた日 年 月 日	左記①～③の原因 <input type="checkbox"/> 震災 <input type="checkbox"/> 風水害 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> その他	左記①の方 損害金額(保険金等の補てんを除いたもの) 円 前年(年)中の世帯所得 円 左記②の方 死亡年月日 年 月 日 左記③の方 障害名() 程度 種 級	
		□2 収入の激減	生計中心者の状態	申請者の収入	生計中心者の収入
		<input type="checkbox"/> ①死亡 <input type="checkbox"/> ②障害 <input type="checkbox"/> ③長期入院 <input type="checkbox"/> ④事業休廃止 <input type="checkbox"/> ⑤失業 <input type="checkbox"/> ⑥その他 ()	見込 円 収入の内容 <input type="checkbox"/> 公的年金 <input type="checkbox"/> 福祉年金 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> その他 ()	見込 円 収入の内容 <input type="checkbox"/> 公的年金 <input type="checkbox"/> 福祉年金 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名 見込 円 収入の内容 <input type="checkbox"/> 公的年金 <input type="checkbox"/> 福祉年金 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> その他 ()
					収入のない世帯員 氏名 氏名 上の者は年間収入見込金額が0円であると申告します。

香美町処理欄	災害	住宅	前年度合計所得金額の世帯合計： (1,000万円以下・超)	損害： (3割未満・3割～・5割～)	本人の合計所得金額： 200万円 未満・以上	書類： 被災・罹災()
	収入	要件	段階： 1・2・3・4・5・6	当年度合計所得金額の世帯合計： 1,000万円以下・超	伺) . . . 決議	
		区分	理由：病気・廃業・死亡・() 書類：申立・会計・源泉・休職・確申・()	前世所比： 5割以下・超	翌町税：課・非課	承認・不承認
	収減・否認	給与 円 年金 円 他 円	合計 円	前合計 円	開始年月日 年 月 日	
					終了年月日 年 月 日	