

介護保険料減免申請書

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

申請者 (納付義務者) 住所 氏名 個人番号 電話番号 ()

世帯の生計維持者 住所 氏名 個人番号 申請者との関係

鎌ヶ谷市介護保険条例第17条の規定により下記のとおり、介護保険料の減免を願いたく、受けようとする理由を証明する書類を添付して申請します。

記

1. 減免を受けたい介護保険料の内訳

普通徴収

年 度	期 別	介護保険料額	備 考
年度	第1期 (月 日)	円	
	第2期 (月 日)	円	
	第3期 (月 日)	円	
	第4期 (月 日)	円	
	第5期 (月 日)	円	
	第6期 (月 日)	円	
	第7期 (月 日)	円	
	第8期 (月 日)	円	
	第9期 (月 日)	円	
	第10期 (月 日)	円	

特別徴収

年 度	期 別	介護保険料額	備 考
	4 月	円	
	6 月	円	
	8 月	円	
	10 月	円	
	12 月	円	
	2 月	円	

2. 減免を受けようとする理由 (詳しく記入してください。)

添付書類

- ①収入・無収入申告書
- ②資産申告書
- ③給与証明書
- ④資産調査に関する同意書
- ⑤公的機関が発行する災害が証明できる書類
- ⑥医療機関に支払った医療費を証明できる書類
- ⑦給付制限の期間を証明できる書類
- ⑧その他市長が必要と認める書類