様式第５号

|  |
| --- |
| 介護保険料減免申請書　摂津市長　様　次のとおり介護保険料の減免を申請します。 |
| 　 | 申請年月日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 　 | 申請者氏名 | 　 | 本人との関係 | 　 |
| 申請者住所 | 〒電話番号　　　　(　　　)　　　　　 |
| ※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号の記載は不要です。 |
| 　 | 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | 電話番号　　　　(　　　)　　　　　 |
| 　 |
| 　 | 減免申請理由 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| ※注意事項　・保険料の減免の申請理由を証明する書類を添付してください。(例：申請理由が火事の場合は罹災証明等)　・保険料の減免の対象は、申請月(申請事由が災害の場合は、減免事由が発生した月)分の保険料からになります(遡って保険料を減免することはできません。)。　・上記の減免の申請理由がなくなったときは、直ちにその旨を市長に届け出てください。　・資力が回復して(収入が回復する、保険金が入る等)減免を行うことが適当でなくなったり、不正な理由で減免を受けた場合は、減免が取り消される場合がありますのでご注意ください。※以下市役所使用欄 |
| 　 | 減免 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |  | 　 |
| 　 | 　 |