

介護保険料減免審査書

【様式2】

被保険者番号	被保険者氏名	生年月日
		M・T・S 年 月 日

調 査 欄

新規申請 更新申請 (前年度収入から 変更あり 変更なし)

世帯状況				税情報		現在収入	
氏名	続柄	年齢	職業	課税状況	収入	今後見込年収	合計所得金額
				課非未	一致・不一致		
				課非未	一致・不一致		
				課非未	一致・不一致		
				課非未	一致・不一致		
				課非未	一致・不一致		
滞納の有・無	有 (円) ・無			小計			
(備考) (税情報との不一致の額等)					控除収入		
					差引合計		

審 査 欄

決 裁 (年 月 日)	課 長	課長代理	担当係長	担当係長	係 員
年 月 日付け介護保険料減免申請書に基づき調査した結果、次のとおり審査します。					

<input type="checkbox"/> 適用 適用期間 年 月 () 年 月 保険料変更 年 月	<input type="checkbox"/> 災害減免 被災日 年 月 日	損害程度 7割以上 5割以上7割未満 3割以上5割未満	世帯の前年中合計所得金額 500万円以下 500万円超 750万円以下 750万円超 1000万円以下		
			<input type="checkbox"/> 12か月 <input type="checkbox"/> 12か月 <input type="checkbox"/> 8か月 <input type="checkbox"/> 12か月 <input type="checkbox"/> 8か月 <input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 8か月 <input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 2か月		
			保険料の所得段階 賦課期日 (*) 現在 (保険料率) 収入減少後 (保険料率) 第 段階 () 第 段階 () *賦課期日後に第1号被保険者資格を取得した場合は、当該資格取得日現在		
	<input type="checkbox"/> 給付制限減免	拘禁施設 拘禁期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 生活困窮者減免	<input type="checkbox"/> 第4段階 公費による保険料軽減強化を行う前の第4段階の2分の1に減額 (0.345) <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階			

申請却下

- 所得が減免基準を上回るため
- 損害程度が減免基準を下回るため
- 所得減少程度が減免基準に達しないため
- 保険料の滞納があるため (生活困窮者減免の場合)
- 養護老人ホームに入所しているため (生活困窮者減免の場合)
- その他 ()