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。					

□ 適用

適用期間
年　　月
～
年　　月

保険料変更
年　　月

□ 災害減免

被災日
年　　月　　日

損害程度	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
7割以上（全壊・全焼）	□12か月	□12か月	□8か月
5割以上7割未満（半壊・半焼）	□12か月	□8か月	□4か月
3割以上5割未満（一部損壊・損焼）	□8か月	□4か月	□2か月

□ 所得減少減免

事実発生日
年　　月　　日

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

□ 給付制限減免

拘禁施設	
拘禁期間	年　月　日 ～　　年　月　日

□ 生活困窮者減免

□ 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（0.375）
□ 第3段階	
□ 第2段階	
□ 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（　　）