

介護保険料減免申請書

年 月 日

大阪市長

申請者 住 所

電話番号 () -

氏 名

次のとおり介護保険料の減免を申請します。

被保険者番号	
被保険者氏名	
年度区分	年度
申請理由 (<input type="checkbox"/> に✓をつけて ください)	<input type="checkbox"/> 災害減免 (<input type="checkbox"/> 震災 <input type="checkbox"/> 風水害 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> ()) <input type="checkbox"/> 所得減少 (<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 心身の重大な障害 <input type="checkbox"/> 長期間の入院 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 事業又は業務の休廃止 <input type="checkbox"/> 事業における著しい損失 <input type="checkbox"/> ()) <input type="checkbox"/> 生活困窮 <input type="checkbox"/> 給付制限
上記事実発生日 (生活困窮除く)	年 月 日
個人番号	

(区役所処理欄) 以下は記入しないでください。

減免開始(年 月)	区分	保険料段階	提出確認書類等
窓/郵 入力 点検	災害		<input type="checkbox"/> 被災証明・り災証明など
/ / /	所得	段階→ 段階	<input type="checkbox"/> 事実発生確認書類 (退職証明書・廃業届など) <input type="checkbox"/> 今後の年間収入確認書類 (給与・年金など)
	生困	段階	<input type="checkbox"/> 今後の年間収入確認書類 <input type="checkbox"/> 滞納(有・無) <input type="checkbox"/> 資産確認書類 (預貯金など) <input type="checkbox"/> 健康保険証 (75歳以下)
	給制		<input type="checkbox"/> 在所証明書など (介護保険法第63条施設)