年　　月　　日

有田市長

申請者（納付義務者） 住所

氏名

電話番号

介護保険料減免申請書

　有田市介護保険条例第９条の規定により、介護保険料の減免を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 納税通知書番号 | 期別 | 保険料額 | 納期限 |
| 年度　 |  | ６ | 円 | 年 　月　 日 |
| 期別 | 保険料額 | 納期限 | ７ | 円 | 年 　月　 日 |
| １ | 円 | 年 　月　 日 | ８ | 円 | 年 　月　 日 |
| ２ | 円 | 　年 　月　 日 | ９ | 円 | 年 　月　 日 |
| ３ | 円 | 年 　月　 日 |  | 円 | 年 　月　 日 |
| ４ | 円 | 年 　月　 日 |  | 円 | 年 　月　 日 |
| ５ | 円 | 年 　月　 日 | 合計 | 円 | 年 　月　 日 |
| 減免を受けようとする事由を具体的に記入してください。 |  |
| 世帯の状況 | 氏名 | 続柄 | 職業 | 前年度所得額 | 本年度所得見込額 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |