

介護保険料減免申請書

(宛先) 高松市長

次のとおり 年度分介護保険料の減免を申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者の氏名	被保険者との関係	
申請者の住所	〒 ー 高松市 電話番号 () ー	

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号				
	フリガナ			職権確認			
	氏名			生年月日	明・大・昭	年	月 日
	住所	〒 ー 高松市 電話番号 () ー					

期別	保険料額 (円)		世帯の状況		
	特別徴収	普通徴収	氏名	前年の 合計所得金額(円)	該当年の見込みの 合計所得金額(円)
月			別紙のとおり		
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
合計				住宅の状況	
申請理由					

個人番号確認欄	1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 個人番号が記載された住民票等 4. その他 ()
申請者確認欄	1点確認 1. 個人番号カード 2. 運転免許証 3. 身体障害者手帳等 4. 介護支援専門員証 5. その他 ()
	2点確認 1. 介護被保険者証 2. 医療保険証 3. 介護保険納入通知書 4. 長寿手帳 5. 包括・事業所の職員証 6. その他 ()