介護保険料減免調書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　　　保　　　　険　　　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 |
| 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 | 〒 |
| 申請理由 |  |
| 世帯状況 |  |
| 災害の種類 | 　火災　・　水害　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 災害年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 被害程度 |  |
| 確認資料 | 　罹災証明　／　被災者名簿　／　収入･資産申告書及び収入･資産調査同意書　／その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　　　　　　　　　　　　＊　上記太枠内は市介護保険担当課の職員で記入してください。

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当課名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　課長

＊　以下は砺波地方介護保険組合で記入

|  |  |
| --- | --- |
| 減免計算月 | 　　　　　年　　　月　　　～　　　　年　　　月 |
| 調定額 | 　　　　　　　　　円 | 減免額 | 　　　　　　　　円（　　か月分保険料額） |