

介護保険料減免・徴収猶予申請書

(宛先) 幸田町長

次のとおり 年度分介護保険料の減免・徴収猶予を申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	電話番号	

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ	性 別	男	女
	氏 名	生年月日	大正・昭和	年 月 日
	住 所	電話番号		

申請理由	
------	--

税 調 査 等 同 意 欄	<p>私は、幸田町長が介護保険料減免・徴収猶予の資格確認のために関係者の所得状況等を調査すること及び当該業務に関して住民票、市町村民税関係証明、固定資産関係等の諸証明の申請権限を委託することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">本人氏名 Ⓜ</p>
------------------	--

保険者審査記入欄 (記入しないでください)

【①保険料段階】 ・第1 ・第2 ・第3→対象外	【②収入金額】 第1→ 75万円以下(世帯員1人増につき35万円加算)→1/2減免 第1→120万円以下(")→1/3減免 第2→120万円以下(")→1/3減免 * 給与、恩給、遺族年金、障害者年金等全ての収入が対象	【③資産要件】 ・資産無 ・自宅土地 家屋のみ ・自宅以外有 →対象外	【減免結果】 減免対象・減免対象外 ・1/2減免 ・1/3減免 減免対象月 _____月～ ・保険料額 _____円 ・減免額 _____円 ・減免後額 _____円
		【④未納(税)】 ・無 ・有→対象外	

* ①、②、③、④の要件を満たすこと。

介護保険料軽減に係る収入等申告書

令和 年 月 日

（宛先） 幸 田 町 長

介護保険料軽減申請に係る被保険者及び世帯員の収入状況等については、下記のとおり相違ありません。

被 保 険 者 (申 告 者)	フリガナ				
	氏 名	①	被保険者番号		

収入等の状況

区 分	収 入 項 目 等										
本 人 (被 保 険 者)	個人番号					生年月日	大正・昭和 年 月 日			固定資産の有無	居住用資産以外 有・無
	老齢・退職年金		円		不動産収入		円		総収入額		
	その他の	円		利子・配当収入		円					
	年金・恩給	円		譲渡収入		円					
	営業・事業収入		円		その他の	円		円			
	給与収入		円		収入	円					
配 偶 者 (氏 名)	個人番号					生年月日	大正・昭和 年 月 日			固定資産の有無	居住用資産以外 有・無
	老齢・退職年金		円		不動産収入		円		総収入額		
	その他の	円		利子・配当収入		円					
	年金・恩給	円		譲渡収入		円					
	営業・事業収入		円		その他の	円		円			
	給与収入		円		収入	円					
世 帯 員 1 (氏 名)	個人番号					生年月日	大正・昭和 年 月 日			固定資産の有無	居住用資産以外 有・無
	老齢・退職年金		円		不動産収入		円		総収入額		
	その他の	円		利子・配当収入		円					
	年金・恩給	円		譲渡収入		円					
	営業・事業収入		円		その他の	円		円			
	給与収入		円		収入	円					
世 帯 員 2 (氏 名)	個人番号					生年月日	大正・昭和 年 月 日			固定資産の有無	居住用資産以外 有・無
	老齢・退職年金		円		不動産収入		円		総収入額		
	その他の	円		利子・配当収入		円					
	年金・恩給	円		譲渡収入		円					
	営業・事業収入		円		その他の	円		円			
	給与収入		円		収入	円					
総 収 入 額									円		

注1 確定申告等で申告をしていない収入等がある場合は、年金・恩給証書、仕送り等の額が分かる入金通帳等の写しを添付してください。

注2 本申告書の収入額欄には、基礎控除等の控除をする前の収入額を記入してください。