

様式第1号（第4条関係）

介護保険料減免申請書

鳴門市長 殿

申請書提出日	年 月 日	
第1号被保険者 (申請者)	住所 _____	被保険者番号
	氏名 _____	
	電話 _____	
生計を主として 維持する者	住所 _____	申請者との関係
	氏名 _____	
	電話 _____	
申請代理人	住所 _____	申請者との関係
	氏名 _____	
	電話 _____	

鳴門市介護保険条例第11条の規定により、次のとおり介護保険料の減免を申請します。

減免を受けようとする保険料			
賦課年度	期別	納期限又は特別徴収対象年金給付の支払い月	保険料額
合 計			

世帯主を含む家族の状況（必ずご記入下さい。）				
氏名	続柄	生年月日	職業	所得

減免申請の理由（具体的に減免を必要とする理由）
----- ----- ----- ----- -----
*上記の申請理由を証明する書類等を添付してください。

同意書

介護保険料の減免の決定に必要があるときは、私及び私の世帯員（以下「私等」という。）の資産及び収入の状況につき、貴市が官公署に調査を囑託し、または銀行等金融機関、信託会社、私等の雇い主、その他の関係人（以下「銀行等」という。）に報告を求めることに同意します。

また、貴市の調査囑託または報告要求に対し、官公署または銀行等が報告することについて、私等が同意している旨を官公署または銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

住 所	
(ふりがな) 世帯主氏名	印
(ふりがな) 世帯員氏名	印
	印
	印
	印
	印
	印

鳴 門 市 長 殿