

区

年度 介護保険料減額申請書

(宛先)福岡市 区長

年 月 日

申請者 (被保険者)	フリガナ	生年月日	代理申請者	フリガナ
	氏名	年 月 日		氏名
	被保険者番号			※申請者が本人の場合は、 本人との関係
	住所	電話番号 ()		住所
	〒			〒
				電話番号 ()

下記のとおり _____ 年度介護保険料の減額を申請します。

申告内容に変更が生じた場合には、直ちにその旨を届け出ます。また、申請内容に相違があった場合には、この申請に基づいて行われる減額を取り消されても異議を申し立てません。
要件確認のために必要な場合は、私及び私の世帯員並びに扶養者の収入状況等を確認されることを承諾します。

1 減額を申請する理由(福岡市介護保険条例第18条第1項第5号及び同条例施行規則第10条第2号)

--

2 保険料所得段階

申請者本人の保険料段階	第 段階
-------------	------

3 介護保険料年額

申請する年度の保険料額	円
-------------	---

4 扶養状況

(1) あなたは、他の世帯に属する方の所得税又は個人市町村民税の扶養控除において、扶養親族となっていますか。	いる	いない
(2) あなたは、他の世帯に属する方が被保険者となっている健康保険などの医療保険において、被扶養者となっていますか。	いる	いない

(裏)

収入等申告書

5 世帯の収入状況

		1	2	3	合 計	
氏名						
続柄						
生年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		
年齢						
職業等						
※転入・出		年 月 日 ※転入・転出	年 月 日 ※転入・転出	年 月 日 ※転入・転出		
収入の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
世帯員の 前年中の 収入等 状況	年金収入等(該当するものを○で囲んでください) 国民年金 厚生年金 共済年金 遺族年金 障害年金 老齢福祉年金 恩給 雇用保険 その他()	円	円	円	円	
	給与収入	円	円	円	円	
	事業収入等	円	円	円	円	
	その他	円	円	円	円	
合計		円	円	円	円	

※ 収入の状況などがわかるもの(書類、証明書)を申請書に添付してください。

※ 該当年度の4月1日から申請日までに、世帯で転入・転出があった場合「転入・出」欄に転入・出年月日をご記入ください。

6 資産の状況

区分	有無	内容		
預貯金	<input type="checkbox"/> 有	金融機関等		預貯金額
		銀行・信用金庫	支店	円
	<input type="checkbox"/> 無	銀行・信用金庫	支店	円
		銀行・信用金庫	支店	円
その他	<input type="checkbox"/> 有	種類		価額
				円
	<input type="checkbox"/> 無			円

(1) あなた又はあなたの世帯の世帯員は、居住用以外に処分可能な土地又は家屋を所有していますか。

いる

いない

(2) あなた又はあなたの世帯の世帯員は、世帯の収入を得るため以外に処分可能な土地又は家屋を所有していますか。

いる

いない