

令和 年度 介護保険料(減免・徴収猶予)申請書

(宛先) 福岡市 区長 令和 年 月 日

申請者 (被保険者)	氏名	フリガナ フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日	代理申請者	氏名	フリガナ
	被保険者番号					本人との関係	
	住所	〒				住所	〒
	電話番号	()				電話番号	()

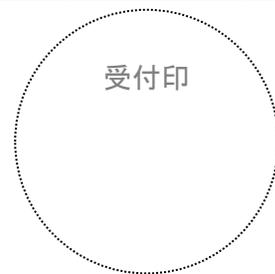
下記のとおり 年度介護保険料 の (減免 ・ 徴収猶予) を申請します。
 申告内容に変更が生じた場合には、直ちにその旨を届けます。また、申請内容に相違があった場合には、この申請に基づいて行われる減免又は徴収猶予を取り消されても異議を申し立てません。
 要件確認のために必要な場合は、私及び私の世帯員並びに扶養者の収入状況等を確認されることを承諾します。

申請する理由	<input type="checkbox"/> 災害	1. 災害の種類	<input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		2. 被災年月日	令和 年 月 日 被災		
		3. 被災の状況	当該資産の <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 2分の1程度以上 <input type="checkbox"/> 3分の1程度以上		
	<input type="checkbox"/> 主として世帯の生計を維持する人の	主として世帯の生計を維持している人			
		氏名	住所		
		死亡年月日	令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 死亡	収入の著しい減少の理由	<input type="checkbox"/> 長期入院	疾病の名称	
				発症・負傷年月日	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 収入の著しい減少		<input type="checkbox"/> 事業の休廃止(休業・廃止)	休廃止年月日	令和 年 月 日
				休廃止を届け出た公の機関	
	<input type="checkbox"/> 事業における著しい損失	内容			
	<input type="checkbox"/> 失業	離職日	令和 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 収容	拘禁されている(されていた)施設の名称				
	拘禁期間	開始 年 月 日から終了 令和 年 月 日まで			
(申請に至るまでの状況)					

世帯の構成	氏名	続柄	年齢	職業(勤務先)	介護保険料年額
			主		
					円

申請時に必要な書類等

- ・「介護保険料納入通知書(介護保険料決定通知書)兼特別徴収開始通知書」
- 災害による減免・徴収猶予
 - ・罹災証明書など
- 世帯の所得減少による減免・徴収猶予
 - ・入院証明書、離職証明書、廃業届など、所得が減少した理由が分かる書類
 - ・「所得税確定申告書(控)」 「源泉徴収票」 「年金振込通知書」 など、前年及び今年の収入が分かる(見込める)書類
- 収容による減免
 - ・在所証明書など



年間所得見積申告書

介護保険料減免・徴収猶予申請に際し、別紙証明書等に基づき本年の所得見積額の状況を次のとおり申告します。

1 本年分の見込所得は次のとおりです。

所得の種類	本年分の収入見積額			本年分所得	前年分所得	備考
	実績 (1月～月)	見込 (月～12月)	計			
収入の内訳 (月分)	総収入			収入上必要な経費		
	売上金		円	材料費		円
	家賃・間代・損料			仕入代		
	農業収入					
				その他の経費		
	計			計		

2 生活費の内訳(月分)は次のとおりです。

支出の状況	電気・ガス・水道料		円	教育費		円
	税金等			食費		
	生命保険料等			その他		
	住居費			計		

3. 申告事実が虚偽であって、福岡市介護保険条例(以下「条例」)による保険料の減免をうけた場合は、条例第21条第4項の規定により過料を科せられることを承知のうえで事実と相違ないことを誓います。

4. 申告書提出後において所得の見積額が増加した場合には、条例第18条第3項の規定により、ただちに報告することを誓います。