

## 介護保険料減免申請書

被 保 険 者	被保険者番号	フリガナ	
	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者氏名		
	住 所	〒  電話番号 ( )	
生 計 維 持 者	住 所	〒	
	氏 名		
保険料減免 申請理由		< 申請理由 >	
年 月 日			
<p>日立市長 殿</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>また、減免要件の確認のために必要な調査を行うことについて同意します。</p> <p>なお、申請内容に虚偽の記載があった場合、適用の取り消し、差額の徴収に対し異議を申し立てることはありません。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p>			

世帯構成	氏名	続柄	性別	生年月日	前年の収入額
		世帯主			円
					円
					円
					円

健康保険の状況	1 国民健康保険 2 その他 ( )	被保険者の住所・氏名	
---------	-----------------------	------------	--

同一建物・同一敷地内に居住する親族	有無	氏名	続柄	市町村民税課税状況
	有・無 ※有の場合、右欄を記入してください。			課税 ・ 非課税
				課税 ・ 非課税
				課税 ・ 非課税
				課税 ・ 非課税

居住用以外の固定資産の有無	所有固定資産	所有者	所在地・地目・種類・面積	
有・無 (有：右欄も記載)	1 土地 2 家屋 3 その他 ( )		所在地： 土地地目： 家屋種類： 面積： その他資産の評価額：	
預貯金等の有無	預貯金先	口座名義人	口座番号	預貯金総額
有・無 (有：右欄も記載)	金融機関支店名等			
有価証券	種類・名称	所有者	額面	概算評価額
有・無 (有：右欄も記載)				