

小金井市介護保険料減免申請書

（宛先）小金井市長

申請者 住所

氏名 電話（ ） -

年度保険料について、小金井市介護福祉条例施行規則第11条の規定に基づき、下記のとおり減免を申請します。

なお、公簿等により所得状況等の確認を受けることに同意します。

記

個人番号																						
フリガナ											被保険者番号											
被保険者名																						
住所																						
主たる生計維持者	氏名											被保険者との関係										
	住所																					
納入通知番号																						
当該年度保険料額															円							
減免保険料額	期別	納期限		保険料額			期別	納期限		保険料額												
	第1期	月	日	円			第5期	月	日	円												
	第2期	月	日	円			第6期	月	日	円												
	第3期	月	日	円			第7期	月	日	円												
	第4期	月	日	円			第8期	月	日	円												
	合計		円																			
減免申請理由（該当するものの番号に○印を付けてください。）										左記の理由を具体的に記入してください。												
1 災害による損害 2 主たる生計維持者の死亡、入院等による収入の減少 3 主たる生計維持者の事業休廃止、失業等による収入の減少 4 主たる生計維持者の干ばつ、冷害等による収入の減少 5 その他市長が特に必要と認めたもの																						

※ 証明書類を添付してください。なお、個人番号の記入により、添付書類の省略ができる場合があります。

- 1 罹災証明書
- 2 収入証明書
- 3 その他

※ 減免申請理由の5に該当する場合は様式第3号別紙1及び別紙2も提出してください。

様式第3号裏面

1 資産及び負債の状況（ 年 月 日現在）

家屋	土地
預金 円	負債 円

2 収入支出の状況（申請時から6か月前まで）

収入総額	支出総額
円	円

3 生活費の状況（申請時から1か月前まで）

収入(円)		支出(円)			
給料		住居費		衣服費	
手当		食費		教育費	
その他		光熱水費		医療費	
合計		合計			

市記入欄 ※ この欄には記入しないでください。