

様式第1号 (第5条関係)

大田市介護保険料減免申請書

年 月 日										
<p style="text-align: center;">大田市長 様</p> <p style="text-align: center;">(申請者)住所 大田市 町 番地</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">(電話番号 — —)</p> <p>大田市介護保険条例第10条の規定により、下記のとおり保険料の減免を申請します。</p>										
被保険者番号										
減免を受けようとする理由										
1 災害損失(震災・風水害・落雷・火災・その他)										
2 所得減少(失業・事業の休廃止・死亡・疾病・負傷・その他)										
3 その他特別な事由										
年 度	期	保 険 料 額	納 期 限	期	保 険 料 額	納 期 限	期	保 険 料 額	納 期 限	合 計
保 險 料	1			4			7			円
	2			5			8			
	3			6			9			

(添付書類)調査同意書(様式第2号)、雇用保険受給資格者証、離職証明書、
 廃業届、破産証明書、失業・休廃業・事業不振が確認できる書類、
 医師の診断書等 給与明細書、年金振込通知書、収入申告書
 等収入状況のわかるもの。