

介護保険料減額申請書（特例）

申請日 年 月 日

品川区長あて

必要事項をご記入ください

品川区介護保険条例第22条を受けていたので申請します。なお、審査にあたり必要があるときには、税務部局などの関係機関に必要な照会を行うことに同意します。

申請者 <small>（減額を受ける対象者）</small>	住所	〒			電話	（ ）	
	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名						
	被保険者番号						← 介護保険被保険者証などに記載あり。
申請代理人	住所	〒			電話	（ ）	
	フリガナ			申請者との続柄			
	氏名						
申請対象の 保険料	該当年度	対象となる保険料額	対象となる保険料額の納期		保険料の徴収方法		
	年度	円	年 月 日以降		特別徴収・普通徴収 ・併用徴収		

*あなたが●●年1月2日以降に品川区に転入された場合など、この申請にかかわる方が品川区以外で●●年度の住民税を課税されている場合には、課税地発行の非課税証明書を必ず添付してください。

【区事務処理欄】 ※申請者(代理人含む)は記入しないでください		受付日	年	月	日
被 扶 養 状 況	<input type="checkbox"/> 記載なし	<input type="checkbox"/> 記載あり(条件)	資 格 の 有 無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
被 健 世 分 仕 年 資	ここは記入しないでください				
課 税 状 況	<input type="checkbox"/> 課税権なし	<input type="checkbox"/> 転入者 <input type="checkbox"/> 住所地特例	<input type="checkbox"/> 日本人非課税証明書 <input type="checkbox"/> 同一世帯員非課税証明書 <input type="checkbox"/> 扶養者非課税証明書		
承 認 結 果	<input type="checkbox"/> 承認	<input type="checkbox"/> 不承認 理由()			