令和4年度介護保険料減免申請書

岩見沢市長　　様

岩見沢市介護保険条例施行規則第34条第3項第3号の規定に基づき、次のとおり令和3年度分介護保険料の減免を申請します。 また、裏面のとおり介護保険申告（令和元年収入申告）を行います。

申　請　者	氏名　　本人との関係　（　　）　電話番号　　－		
フリガナ		申請年月日	令和　　年　　月　　日
被保険者氏名		被保険者番号	0 0 0 0
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生		
住　所	〒　　－ 岩見沢市 電話番号　　－		
入院・入所の有無	□ 病院に入院中 □ 介護保険施設に入所中（特別養護老人ホーム・老人保健施設・療養型医療施設） □ 在　宅 □ その他（　　）		
申請の理由	□ 収入が少なく、資産を活用してもなお生活が困窮しているため □ その他（　　）		
還付用口座	金融機関名 銀行・信金　本　店 信組・労金　支　店 農　協　出張所	口座名義人（カタカナ）	口座番号 普通 当座

岩見沢市記入欄　（これより下には記入しないでください）

基本	保険料負担区分	徴収区分	口振	申請時の直近納期	世帯人数
	第1段階・第2段階・第3段階	特徴・普徴・併徴		第　　期	人
収入	世帯収入	世帯収入基準		1人あたり収入	収入基準
	円	円		円	以下・超過
資産	預貯金合計	預貯金基準		不動産状況	資産基準
	円	円		該当・非該当	以下・超過
決定	減免判定	減　免　額		減免前賦課額	減免後賦課額
	該当・非該当	円		円	円
還付	還付の有無				
	有　・　無				

備考欄

裏面も記載してください。

令和4年度　介護保険申告・同意書（減免申請用）

下記のとおり申し立てします。また、申請内容の確認のために市税台帳等の閲覧等調査に同意します。
申請内容に偽りがあった場合、後日減免の取消を受けても異議ありません。

氏　名

世帯の構成員		収入の状況（円／年）		預貯金・不動産の状況
世帯主	氏名	老齢年金		預貯金額
		遺族年金		1. 預貯金総額＿＿＿＿円
		恩給等		2. 利用金融機関名
		障害年金		・
	生年月日	老齢福祉年金		・
		その他の年金		・
	明・大・昭　年　月　日	営業収入		不動産所有状況
	世　帯　主	給与収入		1.不動産を所有していない
		不動産収入		2.現在住んでいる土地建物を所有
		その他の収入		3.居所以外に不動産を所有
世帯員1	氏名	老齢年金		預貯金額
		遺族年金		1. 預貯金総額＿＿＿＿円
		恩給等		2. 利用金融機関名
		障害年金		・
	生年月日	老齢福祉年金		・
		その他の年金		・
	明・大・昭　年　月　日	営業収入		不動産所有状況
	世帯主との続柄	給与収入		1.不動産を所有していない
		不動産収入		2.現在住んでいる土地建物を所有
		その他の収入		3.居所以外に不動産を所有
世帯員2	氏名	老齢年金		預貯金額
		遺族年金		1. 預貯金総額＿＿＿＿円
		恩給等		2. 利用金融機関名
		障害年金		・
	生年月日	老齢福祉年金		・
		その他の年金		・
	明・大・昭　年　月　日	営業収入		不動産所有状況
	世帯主との続柄	給与収入		1.不動産を所有していない
		不動産収入		2.現在住んでいる土地建物を所有
		その他の収入		3.居所以外に不動産を所有
世帯員3	氏名	老齢年金		預貯金額
		遺族年金		1. 預貯金総額＿＿＿＿円
		恩給等		2. 利用金融機関名
		障害年金		・
	生年月日	老齢福祉年金		・
		その他の年金		・
	明・大・昭　年　月　日	営業収入		不動産所有状況
	世帯主との続柄	給与収入		1.不動産を所有していない
		不動産収入		2.現在住んでいる土地建物を所有
		その他の収入		3.居所以外に不動産を所有

岩見沢市記入欄

世帯員数	収入合計額	預貯金合計額	不動産	備考