様式第5号(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険料減免申請申告書  　　青森市長　様  申請年月日　　　　　　年　　月　　日  　介護保険料の減免申請するに当たり、扶養及び収入状況等について以下のとおり申告します。  　被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　(被保険者番号　　　　　　　　)  　1　介護保険料滞納の有無(分納誓約中の方は履行の有無)　　有　・　無  　2　扶養状況  　○世帯構成について(同住所に住んでいる方について記入してください) | | | | | | | | | | |
|  | 氏名 | | 被保険者との続柄 | 生年月日 | | | | 市町村民税課税の有無 | 勤務先等 |  |
|  | |  | 年　　月　　日 | | | | 有　・　無 |  |
|  | |  | 年　　月　　日 | | | | 有　・　無 |  |
|  | |  | 年　　月　　日 | | | | 有　・　無 |  |
|  | |  | 年　　月　　日 | | | | 有　・　無 |  |
|  | |  | 年　　月　　日 | | | | 有　・　無 |  |
| ○医療保険について(※医療保険証を添付してください) | | | | | | | | | | |
|  | 加入している医療保険の種類 | 名義人氏名 | | | | 名義人住所(世帯が分かれている場合に記入) | | | |  |
| 社保　・　国保 |  | | | |  | | | |
| ○扶養状況について  　被保険者が市町村民税課税者の扶養控除の対象に　(1　なっている　2　なっていない) | | | | | | | | | | |
|  | 扶養している方の氏名 | | | | 続柄 | | 扶養している方の生年月日 | | |  |
|  | | | |  | | 年　　月　　日 | | |
| 扶養している方の住所(世帯が別の場合に記入) | | | | | | 扶養している方の市町村民税課税状況 | | |
|  | | | | | | 課税　・　非課税 | | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3　収入状況  　○年金収入見込額について(※年金の振込通知書、通帳等金額の確認できるものを添付してください) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 年金収入のある方の氏名 | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 年金の種類 | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
| 年間の受給見込金額 | | | | | 円 | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | |
| ○給与収入見込額について(※給与明細、給与振込通帳等金額の確認できるものを添付してください) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 給与収入のある方の氏名 | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 勤務先名 | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
| 年間給与見込額 | | | | | 円 | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | |
| ●離職された場合は次の欄もご記入ください(※失業手当等の支給状況のわかるものを添付してください) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 離職年月日 | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
| 失業手当等受給見込額 | | | | | 円 | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | |
| ○事業等の収入見込額について(※会計簿、収支表等事業収入の内訳を確認できるものを添付してください) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 事業収入のある方の氏名 | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 年間事業収入等見込額 | | | | | 円 | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | |
| ○仕送り(1　受けている　2　受けていない)(※通帳等仕送りの状況のわかるものを添付してください) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 仕送りをしている方の氏名 | | | | | | | 続柄 | | | | | 年間仕送り見込額 | | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  | | | | | 円 | | | | | | | |
| 扶養している方の住所(世帯が別の場合に記入) | | | | | | | | | | | | 仕送りしている方の市町村民税課税状況 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | 課税　・　非課税 | | | | | | | |
| ○世帯の合計収入見込額　　　　　　　　　　　　　　　　円  【以下は申請理由が「⑤世帯の収入が低く、生計を維持することが著しく困難な状況である」の方のみ記入してください】  4　資産等の保有状況  　○資産等を保有　(1　している　2　していない)(※有価証券等を添付してください) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 有価証券 | 種類 | | | 額面 | | | | 所有者氏名 | | | 種類 | | | | 額面 | | | | 所有者氏名 |  |
|  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  |
| その他 | 種類 | | 所有者氏名 | | | | 所在地 | | | | | | 面積又は評価額 | | | | | 活用の可能性 | |
| 土地 | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | 有　・　無 | |
| 家屋 | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | 有　・　無 | |
| 5　預貯金について(※世帯全員分の全ての通帳を添付してください) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 銀行・支店名 | | 預貯金残高 | | | | 口座名義人 | | | 銀行・支店名 | | | | | 預貯金残高 | | | 口座名義人 | | |  |
|  | | 円 | | | |  | | |  | | | | | 円 | | |  | | |
|  | | 円 | | | |  | | |  | | | | | 円 | | |  | | |
|  | | 円 | | | |  | | |  | | | | | 円 | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

介護保険料減免申請申告書(罹災状況)

　　年　　月　　日

　　青森市長　　　　　　　様

　介護保険料の減免申請するに当たり、罹災状況について以下のとおり申告します。

　　被保険者　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　(被保険者番号　　　　　　　　　　)

　　申請者(代筆者)　住所

　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　(本人との続柄　　　　　　　　　　)

Ⅰ　災害を受けた状況

　［罹災証明書及び火災保険などに加入している場合は保険証書等を添付してください］

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 災害の種類(該当番号を○で囲んでください) | | | | 1　震災　2　風水害　3　火災　4　その他(　　) | | | | |
| 具体的な被害状況 | |  | | | | | | |
| 災害発生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 被災状況 | 被災部分 | 被災額 | 被災前の額 | | 被災割合 | 被災額の合計額  ①  　　　　　　円 | ÷ | 被災前の合計額  ②  　　　　　　円 |
| 動産部分 | 円 | 円 | |
| 不動産部分 | 円 | 円 | |
| 合計額 | 円 | 円 | | ①÷②×10　　　　10分の | | |