

掛金減免申請書

令和 年 月 日

神戸市長 宛

加入者氏名.....

神戸市心身障害者扶養共済制度条例第7条の規定により、神戸市心身障害者扶養共済制度の掛金の 免除 減額 を申請します。

加入者	氏名	加入番号	第 号	掛金月額	円
	住所	〒 -			
免除又は減額の該当事由	<ol style="list-style-type: none">生活保護法による保護を受けている世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている世帯（神戸市心身障害者扶養共済制度条例施行規則（以下「規則」という。）第5条第1項第1号）。市民税を課せられている者がいない世帯に属している（規則第5条第1項第2号）。市民税の所得割を課せられている者がいない世帯に属している（規則第5条第1項第3号）。昭和46年1月31日までに加入の申込みをした加入者が2人以上の障害者を扶養している（規則第5条第1項第4号）。災害その他特別の事情がある（規則第5条第1項第5号）。 <p>〔その具体的内容〕</p>				
※ この申請に関して、加入者及び加入者が属する世帯のすべての世帯員に係る生活保護の受給状況及び市民税の課税状況を神戸市が確認する必要がありますので、裏面の「承諾書」に加入者本人及び加入者が属する世帯のすべての世帯員の氏名、加入者との続柄、生年月日及び年齢の記入と押印をお願いいたします。					
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 (福祉事務所長)					
印					

承 諾 書

神戸市長 宛

神戸市心身障害者扶養共済制度の掛金の減免申請に当たって、加入者及び加入者が属する世帯のすべての世帯員に係る生活保護の受給状況及び市民税の課税状況を神戸市が所有する個人情報により調査・確認されることに同意します。

	氏 名	続柄	生年月日	年齢
世 帯 構 成 員		加入者本人	年 月 日	歳
			年 月 日	歳
			年 月 日	歳
			年 月 日	歳
			年 月 日	歳
			年 月 日	歳
			年 月 日	歳
			年 月 日	歳

※ 承諾書に記名押印いただくのは、加入者及び加入者と同じ世帯に属するすべての方です。