

介護保険料減免申請書

|                                |               |      |      |        |       |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------|---------------|------|------|--------|-------|------|---|--|--|--|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ                           |               |      |      | 保険者番号  |       |      |   |  |  |  | 1 | 9 | 2 | 0 | 4 | 7 |
| 被保険者名                          |               |      |      | 被保険者番号 |       |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|                                |               |      |      | 個人番号   |       |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 生年月日                           | 年 月 日         |      |      | 性別     | 男 ・ 女 |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 住 所                            | 〒 電話番号 ( )    |      |      |        |       |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者の氏名及び住所 | 住所 〒 電話番号 ( ) |      |      |        |       |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|                                | 氏名            |      |      |        |       |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 保険料の減額又は免除を必要とする理由             |               |      |      |        |       |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 年度保険料                          | 納期月           | 保険料額 | 納期限等 | 納期月    | 保険料額  | 納期限等 |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|                                |               |      |      |        |       |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|                                |               |      |      |        |       |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|                                |               |      |      |        |       |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|                                |               |      |      |        |       |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|                                |               |      |      |        |       |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|                                | 合計            |      |      | 簡月分    |       |      | 円 |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 都 留 市 長 様                      |               |      |      |        |       |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 上記のとおり関係書類を添えて介護保険料の減免を申請します。  |               |      |      |        |       |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 令和 年 月 日                       |               |      |      |        |       |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 電話番号 ( )                       |               |      |      |        |       |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 申請者 住 所                        |               |      |      |        |       |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |
| 氏 名 ⑩                          |               |      |      |        |       |      |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |

注意：この申請書に、保険料納入通知書及び減免を必要とする理由を証明する書類を添付してください。