

介護保険料減免申請書

太枠内をご記入ください。

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							性別	男 ・ 女											
被保険者住所	〒 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 () ※日中に繋がる連絡先をご記入ください。																		
	氏名 _____																		
保険料の減額又は免除を必要とする理由	別紙「新型コロナウイルス感染症の影響に係る保険料(税)減免のための申立書」のとおり																		
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						
<p>都留市長 様</p> <p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">電話番号 ()</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者(被保険者)</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p>																			

注意 :この申請書に、別紙「新型コロナウイルス感染症の影響に係る保険料(税)減免のための申立書」及び必要者書類を添付してください。