様式第18号(第18条関係)

介護保険料減免理由消滅申告書

　　都留市長　様

　　介護保険料減免の理由が消滅したので申告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 申告年月日 | 年　　月　　日 |
| 申告者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申告者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 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 |
| 納入通知書番号 |  |
| 減免承認通知書番号 |  |
| 該当年度 | 　　　　　　　　　　　　　　年　度 |
| 保険料減免額 | 　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 消滅理由 |  |

　　　　注　申告者氏名欄は、申告者が署名し、又は記名押印してください。