

介護保険料減免申請書

第1号被保険者	氏 名		保 険 者 番 号	4 6 2 2 5 9
			被保険者番号	
	生 年 月 日	年 月 日生	性 別	男・女
	住 所	電話番号		
＊生計維持者	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日生	性 別	男・女
	住 所	電話番号		
申 請 理 由		第1号被保険者 生計維持者_____が		
始良市長 殿 上記のとおり、 年度分介護保険料の減免を申請します。 なお、この決定に関して、私の世帯について必要な課税資料を閲覧することに同意します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名				

「＊」印の欄は、生計維持者が第1号被保険者本人の場合、記載は不要です。

減免を受けようとする保険料	減免を受けようとする保険料額		円	徴収方法	普徴・特徴・併徴
	減免を受けようとする普通徴収の内訳			減免を受けようとする特別徴収の内訳	
	納 期	減免を受けようとする保険料額		徴 収 月	減免を受けようとする保険料額
	第 期 第 期 第 期 第 期 第 期 第 期 第 期 第 期	円 円 円 円 円 円 円 円		月 月 月 月 月 月 月 月	円 円 円 円 円 円 円 円

- 申請理由欄は、具体的に記載し、減免を受けようとする理由を証明する書類を添付すること。
- 減免の理由が消滅した場合は、直ちにその旨を市長に申告すること。