

別記様式第1号（第4条関係）

介護保険料減免申請書

申間市長様

次のとおり平成 年度分の介護保険料の減免を申請します。

		申請年月日	平成 年 月 日
申請者氏名	㊦	被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 電話番号		
世 帯 員	氏名	生年月日	性別	市民税課税状況
				課税 ・ 非課税
				課税 ・ 非課税
				課税 ・ 非課税
				課税 ・ 非課税

申請理由	
------	--

同意書

介護保険料減免決定に必要があるときは、私及び私の属する世帯員の収入、預貯金資産、市民税課税状況、並びに私の扶養者の住民税課税状況について、関係機関に照会又は、調査されることに同意します。

平成 年 月 日

被保険者氏名

㊦