

介護保険料減免申請書									
フリガナ 被保険者氏名				保険者番号					
				被保険者番号					
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日			性別	男・女				
住所	〒 電話								
申請理由									
		氏名	生年月日		性別	生計中心者			
世帯構成	世帯主		大・昭・平・令 年 月 日						
	世帯員		大・昭・平・令 年 月 日						
			大・昭・平・令 年 月 日						
			大・昭・平・令 年 月 日						

保険料の減免を受けようとする額及び納期限又は当該保険料の徴収に係る特別徴収対象年金の支払いに係る月
 (普通徴収) (特別徴収)

期別	保険料額	納期限
第1期	円	令和 年 月 日
第2期	円	令和 年 月 日
第3期	円	令和 年 月 日
第4期	円	令和 年 月 日
第5期	円	令和 年 月 日
第6期	円	令和 年 月 日
第7期	円	令和 年 月 日
第8期	円	令和 年 月 日
第9期	円	令和 年 月 日
第10期	円	令和 年 月 日

期別	保険料額	納期限
第1期	円	令和 年 月 日
第2期	円	令和 年 月 日
第3期	円	令和 年 月 日
第4期	円	令和 年 月 日
第5期	円	令和 年 月 日
第6期	円	令和 年 月 日

綾町長 殿
 上記のとおり介護保険料の減免を申請します。また、この申請に係る調査のため、町が被保険者及び被保険者の世帯主並びにその世帯員の所得情報、住民税の情報を閲覧することに同意します。
 令和 年 月 日
 住所
 氏名 印 電話 (被保険者との関係:)

※この申請書に、減免を受けようとする理由を証明する書類を添付して下さい。