

介護保険料減免申請書

年 月 日

宇多津町長 殿

次のとおり介護保険料の減免を申請します。

申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	Ⓜ	性 別	
	住 所	〒 電話番号		
生計維持者の氏名			被保険者との関係	

年度	期別	保険料額 (円)	納期限又は特別徴収対象年金の給付月

申 請 の 理 由	
-----------------------	--

- 備考
- 1 申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記入は不要です。
 - 2 納期限前7日までに申請してください。
 - 3 減免を受けようとする事由を証明する書類を添付してください。