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。