

(様式1)

介護保険料減免申請書

播磨町長様

次のとおり 年度分介護保険料の減免を申請します。

	申請年月日	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・電話番号は記入不要

被 保 険 者	通知書番号					生 年 月 日		
	フリガナ					明・大・昭 年 月 日		
	氏 名					性別	男 ・ 女	
	住 所	〒 電話番号 () -						
主たる生計維持者	氏名				住所	〒		

※ 主たる生計維持者が被保険者本人の場合、氏名以外は記入不要

申請理由	
------	--

処理欄 (ここは記入しないでください。)

年度	年間保険料額	円	第 段階	
第1期	円	第4期	円	随 期 円
第2期	円	第5期	円	特別徴収
第3期	円	第6期	円	普通徴収