介護保険料減免申請書

千代田町長　　様

　次のとおり介護保険料の減免を申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者氏名 | 印 | 本人との関係 |  |
| 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です。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | 個人番号 | |  |
| フリガナ |  | 性別 | 男・女 | |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | |

**減免を受けようとする介護保険料**

|  |  |
| --- | --- |
| 納期限 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日(特別徴収・普通徴収) |
| 保険料の額 | 円 |

**申請理由**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |