様式第３８号

介護保険料減免申請書

忠岡町長　様

次のとおり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		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

被保険者	被保険者番号			
	個人番号			
	フリガナ			
	氏　名		生年月日	明・大・昭　年　月　日
			性　別	男・女
	住　所	〒　－ 電話番号　（　）		

主たる生計維持者	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平　年　月　日
	氏　名		性　別	男・女
			個人番号	
	住　所	〒　－ 電話番号　（　）		

減免を必要とする理由 （理由を証明する書類を添付）	

減免を受けようとする保険料額等	年度	期別	納期限及び特別徴収対象年金給付支払月		保険料額	備考
			普通徴収	特別徴収		
			月　日	月	円	
			月　日	月	円	
			月　日	月	円	
			月　日	月	円	
			月　日	月	円	
			月　日	月	円	
			月　日	月	円	
			月　日	月	円	
			月　日	月	円	
			月　日	月	円	
			月　日	月	円	
			月　日	月	円	