

介護保険料減免申請書

××年 ××月××日

町田市長 様

申請者の情報をご記入ください。

申請者	住所	〒000-0000 町田市〇〇町〇丁目〇番〇号
	氏名	介護 太郎
	電話	000(000) 0000

下記のとおり、介護保険料の減免を申請します。

記

フリガナ	カイゴ タロウ	被保険者番号									
被保険者氏名	介護 太郎	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
生年月日	明・大 昭 ××年 ××月 ××日	性別	男 女								
住所	〒000-0000 町田市〇〇町〇丁目〇番〇号										
世帯の生計を主として維持する者の氏名	介護 太郎										
希望する減免の内容	減免を希望する保険料	00,000円									
	納期限又は年金支給月	××年 ××月 ××日									
保険料の減免を希望する理由	前年に離職をしたため。										

年間の介護保険料をご記入ください。

減免を希望する理由をご記入ください。

市役所記入欄 (この欄には、記入しないでください。)			
減免申請の理由	<input type="checkbox"/> 自然災害	<input type="checkbox"/> 農作物の不作、不漁	
	<input type="checkbox"/> 生計中心者の死亡、入院	<input type="checkbox"/> 矯正施設への拘禁	
	<input type="checkbox"/> 生計中心者の失業、廃業	<input type="checkbox"/> 特別の事由 (申告書を添付のこと)	