

第 5 号様式(第13条関係)

介護保険料減免申請書

年 月 日

町田市長 様

申請者	住 所	〒
	氏 名	
	電 話	()

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			被保険者番号			
被保険者氏名						
生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日	性 別	男・女
住 所						
世帯の生計を主として 維持する者の氏名						
希望する 減免の内容	減免を希望する保険料	円				
	納期限又は年金支給月					
保険料の減免を 希望する理由						

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） |