

介護保険料減免申請書

花巻市長 様  
 次のとおり、 年度介護保険料を減免くださるよう申請します。

		申請年月日	年	月	日
申請者氏名	印	被保険者との関係			
申請者住所	〒 _____ 電話 ( ) _____ (※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所及び電話番号は不要です。)				

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	生年月日	年	月	日	性別	男・女			
世帯主名									
住所	〒 _____ 電話 ( ) _____								
申請の理由	1 災害 2 重大な障害又は長期入院等 3 事業等の休業等による収入の著しい減少 4 農作物の不作等による収入の著しい減少 5 生活困窮者								