

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		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		被保険者番号		
被保険者氏名		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 事業等の休廃止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			