

介護保険料減免申請書（独自減免用）

小樽市長 様

次のとおり 度分の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	

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ							生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏 名							性 別	男 ・ 女		
	住 所							電話番号			

主な生計維持者	氏 名		住 所	
---------	-----	--	-----	--

普通徴収	保険料額	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
	納 期 限											
特別徴収	保険料額	4月		6月		8月		10月		12月		2月

申請理由	<ul style="list-style-type: none"> 生活困窮のため その他（)
------	---

私は、この申請に関して、私と私の世帯の世帯員の所得状況等について、 保険者（小樽市）が調査することに同意します。	
被保険者 住 所	
氏 名	印