

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