

介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

（あて先）昭 島 市 長

住 所
申 請 者 氏 名
（被保険者）電話番号

住 所
代 筆 者 氏 名 （続柄 ）
電話番号

次のとおり介護保険料の減免を申請します。

フリガナ						被保険者番号				
被保険者氏名										
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日				性別	男 ・ 女				
住 所										
減免を希望する 介 護 保 険 料	通知書番号									
	納 期 及 び 保 険 料 の 額	年度第 期から第 期まで				合計額		円		
申 請 の 理 由	1 災害 2 死亡、重大な障害、長期入院 3 事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業 4 干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作 ⑤ その他（新型コロナウイルス感染症による影響）									
同 居 の 親 族	続柄	氏名	収入	続柄	氏名	収入				
			有・無			有・無				
			有・無			有・無				
			有・無			有・無				

※介護保険料の減免を必要とする理由を証明する書類を添付してください。