

記載例

(関係)

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

日中ご連絡のつく
番号を記載してく
ださい。

住 所
代 筆 者 氏 名 (続柄)
電話番号

介護保険決定通知書
に記載があります。

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	特別徴収(年金から天引き)と口座振替の方は記入しなく結構です。 納付書が発行されているかたは、 納付書と納入決定通知書に記載があります。					
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

※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。