

介護保険料減免申請書

被 保 険 者	フリガナ		被 保 険 者 番 号										
	氏 名												
	生年月日	年 月 日生	性 別				男 ・ 女						
	住 所	〒 ー 玉名郡玉東町											
		電話番号 ー ー											
※ 生 計 維 持 者	氏 名		被保険者との続柄										
	生年月日	年 月 日生	性 別				男 ・ 女						
	住 所	〒 ー 玉名郡玉東町											
		電話番号 ー ー											
申請理由		(条例第9条関係) 1 災 害 等 (第1号該当) 2 生 計 維 持 者 の 死 亡 等 (第2号該当) 3 生 計 維 持 者 の 失 業 等 (第3号該当) 4 農 作 物 の 不 作 等 (第4号該当)											
玉 東 町 長 様 上記のとおり、 年度分の介護保険料の減免を申請します。 なお、この決定に関し、私の世帯等について必要な課税資料の閲覧及び関係機関への 照会について、同意します。 年 月 日 住所 玉名郡玉東町 申請者 電話番号 氏名 印													

※生計維持者が、被保険者本人の場合は記載不要