

様式第6号


介護保険料減免申請書

(申請先) 茨 木 市 長

次のとおり 年度分介護保険料の減免を申請します。

		申請年月日	年 月 日
生計維持者氏名		本人との関係	
生計維持者住所	〒 電話番号		

\*生計維持者が被保険者本人の場合、生計維持者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号												
	フリガナ												
	氏 名	<div style="text-align: right;">  </div> ※自署の場合は押印不要										生年月日	年 月 日
	住 所	〒 電話番号											

減免を申請する保険料

	保険料	納期限		保険料	納期限		保険料	納期限		保険料	納期限
1			2			3			4		
5			6			7			8		
9			10			11			12		

申請理由	
------	--

※申請理由を証明すべき書類を添付