

記入例

様式第6号

介護保険料減免申請書													
(申請先) 茨 木 市 長													
次のとおり令和 年度分介護保険料の減免を申請します。													
										申請年月日	令和5年4月1日		
生計維持者氏名		茨木 太郎								本人との関係	本人		
生計維持者住所		〒567-8505 茨木市駅前三丁目8番13号				電話番号 072-620-1639							
*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		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0										
	フリガナ		イバラキ ハナコ										
	氏 名		茨木 花子							申請者	生年月日		昭和22年 1月 1日
	住 所		〒 同上									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		
1				2				3					
5				6				7					
9				10				11					
記入													
申請理由		(例)所得が少なく、介護保険料の納付が難しいため 失業のため 火災のため、など											
※申請理由を証明すべき書類を添付													