

様式第6号

介護保険料減免申請書

(申請先) 茨 木 市 長

次のとおり平成 年度分介護保険料の減免を申請します。

		申請年月日	平成 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	Ⓜ											生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	住 所	〒											性 別	男 ・ 女	
														電話番号	

減免を申請する保険料とその納期限

	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