

様式第2号(第4条関係)

介護保険料減免申請書

フリガナ	コザガワ タロウ		被保険者番号			
被保険者氏名	古座川 太郎		0000000000			
生年月日	明・大・昭・平〇〇年〇〇月〇〇日		性別 男・女			
住 所	古座川町高池673番の2					
納期限及び 保 険 料	納期限	期別	保険料	納期限	期別	保険料
	年 月 日	1		年 月 日	1	
	年 月 日	2		年 月 日	2	
	年 月 日	3		年 月 日	3	
減免申請理由	主たる生計維持者の収入が新型コロナウイルス感染症の影響により減少したため。					
	氏 名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください。		
世帯 構 成	世帯主	古座川 太郎	昭和〇年〇〇月〇〇日	男	○	
	世帯員	古座川 次郎	昭和〇年〇〇月〇〇日	男		
		古座川 三郎	昭和〇年〇〇月〇〇日	男		
<p>古座川町長 殿</p> <p>上記のとおり介護保険料の減免を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和2年〇月〇日</p> <p>申請者 住 所 古座川町高池673番の2 電話番号 0735-72-0180</p> <p>氏 名 古座川 太郎</p>						

町記入欄

申請年月日	備 考
	(世帯の所得状況)
決定年月日	