

様式第2号(第4条関係)

介護保険料減免申請書

フリガナ							被保険者番号	
被保険者氏名								
生年月日		明・大・昭・平 年 月 日			性別		男・女	
住 所								
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								
		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							
	世帯員							
<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: right;">年 月 日</p> <p>申請者 住 所 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>								

町記入欄

申請年月日	備 考
	(世帯の所得状況)
決定年月日	