様式第44号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 　 | 申請書受付印 |
| 　 |
| 介護保険料減免申請書 |
| 年　　月　　日(宛先)箕面市長　　　　　次のとおり　　年度分介護保険料の減免を申請します。 |
| (申請者) | 住所氏名　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　(　　) |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 被保険者氏名 |  |
| 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　(　　) |
| 生計中心者 | 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 被保険者との続柄 | 　 |
| 生計中心者氏名 | 　 |
| 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　(　　) |
| 減免を申請する保険料額 | 　　　　　　　　　　　　円 | 減免を申請する納期等 | 　 |
| 申請理由 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |