

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。

住所

(申請者) 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	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			