

介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

大船渡市長 様

申請人 住所 大船渡市
(電話)
氏名

次の事由により、介護保険料の減免を受けたいので、大船渡市介護保険条例第9条第2項の規定により申請します。

個人番号					年度	令和7年度	氏名				
被保険者番号											
減免を受けようとする保険料額	1期	円	2期	円	3期	円	4期	円	5期	円	
	6期	円	7期	円	期	円	期	円	期	円	
家族の状況等	氏 名				続 柄		年 齢		職 業 ・ 勤 務 先 等		
減免申請の事由											
添付書類	1 罹災証明書 2 その他事由を証明する書類										