

## 介護保険料減免申請書

貝塚市長（宛）

次のとおり令和 年度分介護保険料の減免を申請します。

|       |  | 申請年月日      | 令和 年 月 日 |
|-------|--|------------|----------|
| 申請者氏名 |  | 本人との<br>関係 |          |
| 申請者住所 |  | 電話番号       | ( )      |

\*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

|                 |                      |  |  |  |    |     |  |  |
|-----------------|----------------------|--|--|--|----|-----|--|--|
| 被保険者番号          |                      |  |  |  |    |     |  |  |
| 個人番号            |                      |  |  |  |    |     |  |  |
| フリガナ            |                      |  |  |  |    |     |  |  |
| 被保険者氏名          |                      |  |  |  |    |     |  |  |
| 生年月日            | 年 月 日                |  |  |  | 性別 | 男・女 |  |  |
| 被保険者住所          | 貝塚市<br>電話番号 ( )      |  |  |  |    |     |  |  |
| 主たる生計維持者の氏名及び住所 | 住所：<br>同上・被保険者以外 氏名： |  |  |  |    |     |  |  |
| 申請理由            |                      |  |  |  |    |     |  |  |
| 減免を受けようとする保険料の額 | 円                    |  |  |  |    |     |  |  |

※申請理由を証明する書類を添付してください。