

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											
	電話番号 ( )											
主たる生計維持者の氏名及び住所	同上・被保険者以外（住所： 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。