

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	⑩	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。