介護保険料減免申請書

坂出市長　殿

次のとおり　　年度分介護保険料の減免を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請年月日 | 　　年　　月　　日 |  |
| 申請者住所 | 〒電話番号 |
| 申請者氏名 |  |  |
| 被保険者との関係 |  |  |

　＊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

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者住所 | 〒電話番号 |
| 被保険者氏名 |  |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 |  |
| 被保険者番号 |  |  |
| 個人番号 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特別徴収・普通徴収 |  | 期別 | 保険料額 | 期別 | 保険料額 | 期別 | 保険料額 |
| 調定年度 | 年 |  | 月 | 円 | 月 | 円 | 期 | 円 |
| 該当年度 | 年 |  | 月 | 円 | 月 | 円 | 期 | 円 |
|  |  | 月 | 円 | 月 | 円 | 期 | 円 |
|  | 月 | 円 | 月 | 円 | 期 | 円 |
| 減免申請する合計額 |  | 月 | 円 | 月 | 円 | 期 | 円 |
| 円 |  | 月 | 円 | 月 | 円 | 期 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請理由 |  |
|  |