

介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

(宛先) 上越市長

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

次のとおり介護保険料の減免を申請します。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	氏名			
	住所			
減 免 を 受 け よ う と す る 保 険 料 の 額 及 び 納 期 限	年 度	期 別・月	保 険 料 額	納 期 限
		第 期・ 月	円	年 月 日
		第 期・ 月	円	年 月 日
		第 期・ 月	円	年 月 日
		第 期・ 月	円	年 月 日
		第 期・ 月	円	年 月 日
		第 期・ 月	円	年 月 日
		第 期・ 月	円	年 月 日
		第 期・ 月	円	年 月 日
		第 期・ 月	円	年 月 日
		第 期・ 月	円	年 月 日
		合 計		円
	減 免 を 受 け よ う と す る 理 由			

被保険者と生計を一にする人を記入してください。

氏 名	続 柄	年 齢	住 所	個 人 番 号

※ 生計中心者を最上段に記入してください。