

## 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 上越市〇〇1丁目1番3号氏名 上越太郎電話 025-526-5111

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	1 2 3 4 5	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0
	フリガナ	ジョウエツ タロウ	生年月日	大正・昭和・平成 ●●年●●月●●日
	氏名	上越太郎		
	住所	上越市〇〇1丁目1番3号		
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	この欄は記入不要 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	できる限り具体的に記入してください。 例：年金収入のみでは生活が苦しいためなど。		

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
上越太郎	本人	66	上越市〇〇1丁目1番3号	123456789000
上越花子	妻	65	上越市〇〇1丁目1番3号	234567891000

※ 生計中心者を最上段に記入してください。