様式第1号(第3条関係)

介護保険料減免申請書

年　　月　　日

　亘理町長　殿

　住所

　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　次のとおり、関係書類を添えて、介護保険料の減免を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 被保険者番号 |
| 被保険者氏名 | 　 |
| 3 | 6 | 1 | 0 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生　 | 　 |
| 住所 | 〒　　　　　□申請者に同じ電話　　　　　　　　　 |
| 世帯の状況 | 氏名 | 年齢 | 本人との関係 | 収入等の区分 | 金額 | 備考 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 計 | 　 | 　 |
| 申請理由 | 　 |

　※　申請書に、同意書等の必要な書類を添付してください。