

様式第41号(第24条関係)

介護保険料減額・免除申請書

被保険者番号												個人番号															
被保険者	ふりがな																										
	氏名																										
	生年月日		年					月					日					性別									
	住所												電話番号														
												個人番号															
生計を主として維持する者	ふりがな																										
	氏名																										
	生年月日		年					月					日					性別									
	住所												電話番号														
世帯の状況	氏名	続柄	年齢	生年月日	職業	健康状態	収入(見込)の状況																				
申請理由		1 災害被害者		2 収入減少者		3 給付制限者																					
		4 生活困窮者		5 その他の者		(いずれかに○をする)																					

介護保険料		普通徴収・特別徴収		第 段階		年額		円	
期別	納期	金額		期別	納期	金額		円	
第1期	月 日	円		第6期	月 日	円			
第2期	月 日	円		第7期	月 日	円			
第3期	月 日	円		第8期	月 日	円			
第4期	月 日	円			月 日	円			
第5期	月 日	円			月 日	円			

年 月 日

伊勢崎市長様

関係書類を添えて、介護保険料の減免を受けたいので申請します。
また、減免審査に伴う所得等の調査について同意します。

申請者 住所

氏名

電話番号

代理人 住所

氏名

電話番号