介護保険被保険者証に記載されています。わからない場合は空欄で構いません。

記載例

介　護　保　険　料　減　額　・　免　除　申　請　書

被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号																				

被保険者	ふりがな	いせさき　たろう		
	氏　　名	伊勢崎　太郎		
	生年月日	昭和　25　年　1　月　1　日	性　別	男
	住　　所	伊勢崎市今泉町二丁目410　　電話番号　0270-24-5111		
		個人番号		
生計を主として維持する者	ふりがな	いせさき　じろう		
	氏　　名	伊勢崎　次郎		
	生年月日	昭和　55　年　2　月　1　日	性　別	男
	住　　所	伊勢崎市今泉町二丁目410　　電話番号　0270-24-5111		

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
	伊勢崎　次郎	子	40	S55.2.1			

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
第1期					円
第2期					円
第3期					円
第4期					円
第5期	月　　日	円		月　　日	円

わからない場合は空欄で構いません。

令和 5 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　伊勢崎市今泉町二丁目410
氏　名　伊勢崎　太郎　　電話番号　0270-24-5111

代理人
住　所
氏　名　　電話番号