様式第1号（第3条関係）

介護保険料減免申請書

年　　　月　　　日

安来市長　様

　次のとおり　　　年度分介護保険料の減免を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | 生年月日 |  |
| フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 住所 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請の理由 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

　※　所得減少に係る申請の場合は、詳細に記入し、必要があれば適宜資料を添付のこ

と。