

介護保険料減免申請書

代理申請者	本人申請の場合記載不要 住所： 電話番号： () 氏名： (本人との関係：)	委任状	私は、左記の者にこの申請を委任します。 (家族の場合記載不要) 被保険者 本人氏名 Ⓜ (本人自署の場合は押印不要)

フリガナ		保険者番号		1	9	2	0	1	3
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住所	〒 電話番号 ()								
被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者の氏名及び住所	住所：〒 電話番号 () 氏名：								

保険料の減額又は免除を必要とする理由

年度保険料	納期月	保険料額	納期限等	納期月	保険料額	納期限等	納期月	保険料額	納期限等
	4月			8月			12月		
	5月			9月			1月		
	6月			10月			2月		
	7月			11月			3月		
	段階 合計 ヶ月分 円								

(あて先) 甲府市長 年 月 日
上記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。

注意・この申請書に、保険料納入通知書及び減免を必要とする理由を証明する書類を添付してください。

保険料減免・免除 決定 年 月 日

受付	減額 免除	減額率/100・免除	福祉保健部介護保険課		
	不承認		担当	係長	課長