

## 介護保険料減免申請書

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様

次のとおり 年度介護保険料の減免を申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所 〒	電話番号	

\* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号										
	個人番号										
	フリガナ										
	氏 名	生年月日	年 月 日								
		性 別	男 ・ 女								
住 所	〒										
		電話番号									

納 期	保 険 料 額	備 考
合 計		

申請理由	
------	--