

介護保険料減免申請書

年 月 日						
(宛先) 加賀市長						
住 所 _____						
フリガナ _____						
申請者 氏 名 _____						
電話番号 () _____						
被保険者との関係 本人 ・ 世帯主 ・ 配偶者						
加賀市介護保険条例第8条に基づき、介護保険料の減免を申請します。						
フリガナ 被保険者氏名	☐ 申請者と同じ（記入不要）		被保険者番号	_____	_____	_____
			明・大・昭	年	月	日 生
被保険者住所	☐ 申請者と同じ（記入不要） 電話番号 () _____					
フリガナ 生計維持者氏名	☐ 申請者と同じ（記入不要）		被保険者との関係	☐ 申請者と同じ（記入不要）		
生計維持者住所	☐ 申請者と同じ（記入不要） 電話番号 () _____					
保険料額 () 年度	第1期	円	第5期	円	第9期	円
	第2期	円	第6期	円	第10期	円
	第3期	円	第7期	円	合計	円
	第4期	円	第8期	円		
申請理由 (該当に○)	1 生計維持者の死亡、重篤な傷病 2 生計維持者の事業収入等の減少見込み					

添付書類 生計維持者の給与明細、売上帳、預金通帳、診断書、死亡診断書、医療費明細書等の写し