様式第3号(第5条関係)

年　　　月　　　日

　身延町長　　　　　　様

申請者 住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号　　　　（　　　　）

減免認定者との続柄（　　　　）

介護保険料減免理由変更（消滅）届出書

　介護保険料の減免認定を受けておりますが、減免理由が次のとおり変更（消滅）したので届け出ます。

１　減免認定者

住　　　所

氏　　　名

生年月日 年 月 日 電話番号 （　　）

2　減免理由の変更（消滅）の日付および内容

（添付書類）　減免理由が変更（消滅）した事由を証明する書類を添付してください。