

様式第1号(第3条関係)

年 月 日

身延町長 様

申請者 住 所  
氏 名 ⑩  
電話番号 ( )  
生年月日 年 月 日  
対象被保険者との続柄 ( )

介護保険料減免申請書

身延町介護保険条例附則第9項の規定により適用する第11条第1項の規定に基づき、介護保険料の減免を受けたいので、次のとおり申請します。

- 1 減免を受けようとする者 申請者に同じ

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

- 2 減免を受けようとする介護保険料

年度	期別(月)	納期限	保険料額	摘要

- 3 減免理由 (次のいずれかに○を付けてください)

- (1) 被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡し又は重篤な傷病を負ったこと
- (2) 保険者の属する世帯の生計を主として維持する者の事業収入等の減少が見込まれること
- (3) 被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者が事業等の廃止や失業したこと

(添付書類) 減免を受けようとする事由を証明する書類を添付してください。