様式第12号(第２条関係)

介護保険料減免申請書

　　(宛先)　箕輪町長

　次のとおり　　　　年度分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 |  | 本人との続柄 |  |
| 申請者住所 | 〒  電話番号 | | |

申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は、記載不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | ふりがな | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日生 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | |
| 被保険者住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 納期 | 減免前保険料額 | 減免額 | 減免後保険料額 |
| 6月(第1期) |  |  |  |
| 7月(第2期) |  |  |  |
| 8月(第3期) |  |  |  |
| 9月(第4期) |  |  |  |
| 10月(第5期) |  |  |  |
| 11月(第6期) |  |  |  |
| 12月(第7期) |  |  |  |
| 1月(第8期) |  |  |  |
| 2月(第9期) |  |  |  |
| 3月(第10期) |  |  |  |
| 月(第　期) |  |  |  |
| 月(第　期) |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 減免の理由 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 町処理欄 |  |