

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	
---------	--