

様式第 1 号 (第 4 条関係)

介護保険料減免申請書

鳴門市長 殿

| | | |
|--------------------|------------------|---------|
| 申請書提出日 | 年 月 日 | |
| 第 1 号被保険者 (申請者) | 住所 氏名 印 | 被保険者番号 |
| 生計を主として 維持する者 | 住所 氏名 印 | 申請者との関係 |
| 申請代理人 | 住所 氏名 印 | 申請者との関係 |

鳴門市介護保険条例第 1 1 条の規定により、次のとおり介護保険料の減免を申請します。

| 減免を受けようとする保険料 | | | |
|---------------|----|----------------------|------|
| 賦課年度 | 期別 | 納期限又は特別徴収対象年金給付の支払い月 | 保険料額 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 合 計 | | | |

| 世帯主を含む家族の状況 (必ずご記入下さい。) | | | | |
|-------------------------|----|------|----|----|
| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | 所得 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 減免申請の理由 (具体的に減免を必要とする理由) |
|---|
| |
| * 上記の申請理由を証明する書類等を添付してください。 |