介護保険料減免申請書

　（宛先）厚木市長

　次のとおり　令和　　年度分介護保険料の減免を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | 令和　　年　 月 　　日 | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 本人との関係 | | |  | |
|  | | | | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 番号 | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | |
| 氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | | | | | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯の  生計維持者 | | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | |
| 氏　　　名 | | | |  | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | | | | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 減免を受けようとする  納期限又は年金給付支払月 | | | | | | | | | | | | | | | | | 減免を受けようとする保険料額 | | | | | |
| 普通徴収  （納期限） | | | 年　　　月　　　日～  　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | |
| 特別徴収  （年金給付支払月） | | | 年　　　月分～  　　　年　　　月分 | | | | | | | | | | | | | |
| 申 請 理 由 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

厚木市確認欄（ここから下は記入しないでください）

写真有：運転免許証・パスポート・住基カード・個人番号カード・障害者手帳・その他（　　　　　　　　　　　）

写真無（２種類）：健康保険証・介護保険証・医療証・年金手帳・その他（　　　　　　　　　　　　　　）