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（　　　　　　　　　　　　　　）