

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

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 -		
	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															生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	住 所	〒 -														電話番号 ()	-					
生 計 維 持 者 の	フリガナ															生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	氏 名															生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	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 ()