

別記様式第46号(第43条関係)

介護保険料減免申請書

広川町長 殿

広川町介護保険条例第10条により、介護保険料の減免を申請します。

届け出にきた人(届出人が被保険者本人の場合、記載不要)		届出日	年 月 日
届出人氏名	㊟	本人との関係	
届出人住所	電話 ー		

介護保険の被保険者				被保険者番号								
フリガナ				生年月日	年	月	日					
氏名	㊟			性別	男・女							
住所	電話 ー											
徴収区分・年額保険料	普通徴収・特別徴収			円								
納期限及び 期別保険料	納期限	期別	保険料	納期限	期別	保険料						
	年 月 日			年 月 日								
	年 月 日			年 月 日								
(減免申請の理由)												

広川町記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	