別記様式第４４号

介護保険料減免申請書

印南町長　様

次のとおり介護保険料の減免を申請します。
なお、必要があるときは、私及び私の世帯員等の資産及び収入の状況について、関係機関又は関係人に報告を求めることに同意します。

		申請年月日	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

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所	〒 電話番号		

生計維持者	氏　名		被保険者との関係	
	住　所	〒 電話番号		

減免に係る保険料額・納期限等	
減免を受けようとする期間	
申請理由	