

介護保険料減免申請書

揖斐広域連合長 様

次のとおり 年度分介護保険料の減免を申請します。

		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	明・大・昭	年	月	日		
	氏名		性別	男	・	女			
	住所	〒 電話番号							

申請理由	新型コロナウイルス感染症の影響により、収入の減少が見込まれるため。
------	-----------------------------------