

別記様式

介護保険料減免申請書

井手町長 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																			
	フリガナ																			
	氏名		生年月日	大・昭 年 月 日																
			性別	男 ・ 女																
住所	〒 京都府綴喜郡井手町大字 小字 電話番号																			

申請理由	
------	--