

介護保険料減免申請書

(宛先)東大阪市長

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	令和 年 月 日
申請者氏名		被保険者 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・電話番号は記入不要です。

被 保 険 者	被保険者番号									
	フリガナ								生年月日	明・大・昭
	氏名								年 月 日	
									性別	男 ・ 女
	住所	〒 電話番号								

主たる生計者 ※1	フリガナ	被保険者 との関係	
申請理由 ＜災害減免の方は、 重要財産の損害割合 を記入してください＞ ※2	主たる生計者が、 ため。		
上記事由発生日	令和 年 月 日		

※1 主たる生計者とは、食費、住居費など、世帯の生活を維持するのに必要な生活費を最も多く負担している人で、必ずしも世帯主とは限りません。

※2 申請理由がわかる書類を添付してください。