

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											性別	年	月	日	
													男	・	女	
住所	〒 電話番号															

申請理由	<u><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></u>											

* 申請理由がわかる書類を添付してください。