

介護保険 保険料減免申請書

被保険者番号		1	0	0													
被 保 険 者	フリガナ											生年月日		明・大・昭 年 月 日			
	氏 名																
	住 所	〒 —															
	個人番号														電話番号	— —	
生 計 維 持 者	フリガナ											生年月日		明・大 昭・平 年 月 日			
	氏 名																
	住 所	〒 —															
	個人番号														本人との関係		
減免に係る保険料額・納期限等																	
申請理由																	
上記のとおり、関係書類を添えて申請します。 なお、保険料減免の審査において区が必要と認めるときは、区の電子計算組織に記録されている税務情報を利用することに同意します。 年 月 日 申請者 住 所 _____ 氏 名 _____ 被保険者との関係() 電話番号 _____ 練 馬 区 長 殿																	

業務欄

添 付 書 類	◇理由のわかるもの / 診断書、罹災証明書、収監証明書等	決 定 区 分			
	◇収入のわかるもの / 給与明細、預貯金通帳、 年金受給ハガキ等	減 免 徴 却 額 除 収 下			
◇支出のわかるもの / 家賃領収書、契約書等					
決定日	令和 年 月 日	適用期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
備 考					