

介護保険料減免申請書

年 月 日

立 川 市 長 殿

住 所

 申請者 氏 名

 電話番号

 (被保険者との関係：)

次のとおり、介護保険料の減免を申請します。

フリガナ			
被保険者氏名		被保険者番号	
生 年 月 日	年 月 日		
住 所	〒		
	電話番号 ()		
主たる生計維持者氏名		被保険者との関係	
住 所	〒		
	電話番号 ()		
対 象 年 度	年 度	納入通知書番号	
対 象 保 険 料 額		年間保険料額	
申 請 の 理 由 (該当するものに○をつける)	1 災 害 () 2 重大な障害又は長期入院 () 3 その他 ()		

※ 減免を必要とする理由を証明する書類を添付してください。

- 添付書類列 : 災害の場合 → 災害(り災)証明書等
 重大な障害又は長期入院の場合 → 診断書、医療費の領収書等
 その他の場合 → その事実を証明する書類