

介護保険料減免申請書（特例措置用）

被 保 険 者	被保険者番号	2	0	3	0					
	個人番号									
	フリガナ								生年月日	
	氏名								明・大・昭	年 月 日
	住所	〒							電話番号	
生 計 主 維 持 者	フリガナ								生年月日	
	氏名								明・大・昭・平	年 月 日
	住所	〒							電話番号	
	被保険者との続柄									
申 請 理 由	① <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の死亡又は重篤な傷病 ⇒ 死亡診断書、診断書、保健所等からの措置入院勧告書等の写し 事由の生じた日 令和 年 月 日									
	② <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の事業等の廃止や失業 ⇒ 税務署に提出する事業廃止届出書や雇用保険受給資格者証明書の写し 事由の生じた日 令和 年 月 日									
	③ <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の事業収入等の減少 ⇒ 「収入申告書」もご記入ください 事由の生じた日 令和 年 月 日									
（あて先）橋本市長 上記により、関係書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 〒 住所 申請者 氏名 電話番号										
被保険者との続柄 ()										

【市確認欄】 証憑書類の確認 ① 確認済み 聴取 ② 確認済み 聴取