

様式第1号(第3条関係)

介護保険料減免申請書

年 月 日

松川町長あて

申請者 住所
氏名 (印)
被保険者との続柄
電話

保険料の減免を受けたいので、新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少した被保険者等に係る介護保険料の特別減免に関する規則の規定により関係書類を添えて申請します。

1被保険者等

フリガナ			
被保険者氏名			
被保険者住所			
被保険者番号	電話		
世帯主氏名			
世帯主住所			

2保険料の額等

納期限	保険料額	納期限	保険料額
年 月 日		年 月 日	円
年 月 日		年 月 日	円
年 月 日		年 月 日	円
年 月 日		年 月 日	円
年 月 日		年 月 日	円
年 月 日		年 月 日	円
合計保険料額			円

3申請理由

--