

# 記入例

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

## 介護保険料減免申請書

いの町長 殿

次のとおり介護保険料の減免を申請します。  
なお、主たる生計維持者は、この減免申請に伴いその決定について必要な場合は、税務部局その他関係機関に照会し、報告を求めることに同意します。

### 1 申請者

氏名	いの 花子	いの印	減免対象者との続柄	本人
住所	いの町1700番地1			電話番号 088 - 893 - 1117

### 2 減免対象者

氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者氏名に同じ	生年月日	昭和 27 年 3 月 3 日
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所に同じ	電話番号	- -

### 3 主たる生計維持者(世帯主)

氏名	いの 太郎	いの印	生年月日	昭和 26 年 4 月 4 日
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所に同じ	電話番号	- -	

### 4 申請理由

- 主たる生計維持者(世帯主)が死亡又は重篤な傷病を負ったため
- 主たる生計維持者(世帯主)が事業を廃止又は失業をしたため
- 主たる生計維持者(世帯主)の収入が減少したため

### 5 減免対象保険料

※減免対象保険料については、いの町記載欄で、ご記入は不要です。

通知番号		
令和4年度	第1～8期	随期分