

介護保険料減免申請書

年 月 日

五泉市長 様

住 所
氏 名 ⑩

個人番号

五泉市介護保険条例第12条の規定により、下記のとおり申請します。

所 属 年 度	年 度	被 保 険 者 番 号				
保 險 料 年 額	円	納 付 済 額	円			
減 免 申 請 額	特 別 徴 収		普 通 徴 収			
	月 別	保 險 料 額	期 別	保 險 料 額	期 別	保 險 料 額
	4 月	円	第 1 期	円	第 8 期	円
	6 月	円	第 2 期	円	第 9 期	円
	8 月	円	第 3 期	円	第 10 期	円
			第 4 期	円	第 11 期	円
	10 月	円	第 5 期	円	第 12 期	円
	12 月	円	第 6 期	円	随 時	円
2 月	円	第 7 期	円			

減免を必要とする理由

