第 12 号様式(第 9 条関係)

介護保険料減免申請書

阿 賀 野 市 長　　様

阿賀野市介護保険条例第 12 条第 2 項の規定により、次のとおり

令和　　年度分介護保険料の減免を申請します。

		申請年月日	年　月　日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号											個人番号	
	フリガナ												
	氏名											生年月日	年　月　日
												性別	
	住所	〒 阿賀野市 電話番号											
申請理由		□条例附則第 6 項第 1 号に該当するため 主たる生計維持者(　　)が死亡し又は重篤な傷病を負ったため。 □条例附則第 6 項第 2 号に該当するため 主たる生計維持者(　　)の事業収入等の減少が見込まれるため。											