様式第17号(第17条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険料減免申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フリガナ | | | |  | | | | | 保険者番号 | | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 被保険者氏名 | | | |  | | | | | 被保険者番号 | | | | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| 個人番号 | | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| 生年月日 | | | |  | | | | | 性別 | | | | | | 男・女 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者の氏名及び住所 | | | | 住所：〒    氏名 | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険料の減額又は免除を必要とする理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年度保険料 | 納期月 | | 保険料額 | | 納期限等 |  | 納期月 | 保険料額 | | | 納期限等 | | | | |  | | 納期月 | | | | 保険料額 | | | | 納期限等 | | |
|  | |  | |  |  |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | |  | |  |  |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | |  | |  |  |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | 合計 | | | | | ケ月分　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | |
| 山中湖村長　　　　様  　上記のとおり関係書類を添えて介護保険料の減免を申請します。  　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | 電話番号  本人との関係(　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意：この申請書に、保険料納入通知書及び減免を必要とする理由を証明する書類を添付してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |