

様式第1号（第3条関係）

介護保険料減額申請書

行橋市長 様

次の通り関係書類を添えて、 年度分介護保険料の減額を申請します。

			申請年月日	年 月 日
申請者	氏名	印	本人との関係	
	住所	〒 ー 電話番号（ ） ー		

被保険者	被保険者番号											
	フリガナ										生年月日	年 月 日
	氏名										性別	男・女
	住所	〒 ー									電話番号（ ） ー	

主たる生計維持者	フリガナ										生年月日	年 月 日
	氏名										性別	男・女
	住所	〒 ー									電話番号	

世帯員全員の収入源	就業による給与・年金・その他（ ）
世帯員全員の収入額	月額 円
世帯員全員の名義の預貯金額（合計）	円
家屋の状況	持ち家・賃貸住宅・その他（ ）
家賃状況	月額 円

申請理由	
------	--

【添付書類】

- ◆世帯全員の最新の所得証明書
- ◆年金はがきまたは年金振り込みが行われる通帳のコピー
- ◆その他必要書類