

(様式第1号)

令和 年 月 日

介護保険料減免申請書

(申請者)

住 所

氏 名

電話番号

_____年度の介護保険料について、東久留米市介護保険条例第15条の規定に基づく保険料の減免を受けたいので、別紙書類を添付の上、下記のとおり申請します。

記

1. 第1号被保険者

被保険者番号									
フリ 氏	カナ 名	連絡先 TEL : ()							
住	所								

2. 第1号被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者(1と同じ場合は記載不要)

フリ 氏	カナ 名	連絡先 TEL : ()							
住	所								

3. 減免を受けようとする保険料の額及び納期限又は年金給付の支払月

年度	期別	保険料額(円)	納期限・年金給付支払月	備 考

※ 行が不足する場合は別紙添付

4. 減免を必要とする理由

- 震災、風水害、火災、その他これらに類する災害による財産の著しい損害
- 死亡、心身の重大な障害、長期間入院等による収入の著しい減少
- 事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等による収入の著しい減少
- 干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由による収入の著しい減少
- その他(具体的に記載)