介護保険料減免申請書

<table>
<tr><td rowspan="5">第１号被保険者</td><td>個人番号</td><td></td><td rowspan="2">保険者番号</td><td rowspan="2">４６２０３６</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>被保険者番号</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>性別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">〒

電話番号</td></tr>
<tr><td rowspan="3">※生計維持者</td><td>氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>性別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">〒

電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請理由</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

鹿屋市長　様

上記のとおり、　　年度分介護保険料の減免を申請します。

なお、この申請に関し、私の世帯について必要な課税資料を閲覧することに同意します。

年　　月　　日

住　所

申請者

氏　名　　印　　電話番号

注　※欄は、生計維持者が第１号被保険者本人の場合は記載不要