

介護保険料減免申請書

(令和元年台風第19号による被災者用)

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号	043232		
			被保険者番号	070		
生年月日		大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女		
住所		〒 電話番号				
生計維持者	氏名	(申請理由2~4の方のみ記入)		生年月日	大・昭・平 年 月 日	
	住所	(申請理由2~4の方のみ記入) 〒 電話番号				
納期		第4期(10月) ・ 第5期(12月) ・ 第6期(2月) ・ 3月随時期				
申請理由		次の事由のいずれかに○をつけてください。 1 住家の全半壊、大規模半壊、床上浸水の被災をしたため 2 主たる生計維持者が死亡、障がい者となった又は重篤な傷病等を負ったため 3 主たる生計維持者の行方が不明となったため 4 主たる生計維持者の失職等で、収入の減少したため				
柴田町長 殿 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。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">住所</div> 申請者 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">氏名</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">電話番号</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">⑩</div>						

還付される介護保険料の振込先口座の情報をご記入ください。(被保険者の口座)

金融機関	本・支店名	種類	口座番号			
銀行・信金 農協・信組	支店 本店	普通 当座				
銀行コード	支店コード					
口座名義人	フリガナ					
	氏名					