

様式第67号(第37条関係)

介護保険料減免申請書
(栗東市介護保険条例第15条の規定に基づく減免制度)

フリガナ 被保険者氏名				被保険者番号			
				住民番号			
生年月日		年 月 日		性 別		男 ・ 女	
住 所		〒 電話番号					
減免申請理由							
区 分		氏 名		生年月日		生計を主として維持する者に○をつけて下さい	
世帯構成	世帯主						
	世帯員						
納付の方法			特別徴収 ・ 普通徴収				
減免納期限			第 期(月) ～ 第 期(月)				
減免保険料額			円				
栗東市長 様 上記のとおり栗東市介護保険条例第15条の規定に基づく減免制度の申請をします。 なお、申請に際し、被保険者本人及び被保険者の世帯員の資産、収入状況及び住民税賦課状況の調査を担当する職員が関係機関若しくは関係人に報告を求めることに同意します。 年 月 日 住所 _____ 申請者 氏名 _____ ⑤ 電話番号 _____							

※確認事項がありますので、本人又は家族等が申請してください。