

介護保険料減免申請書

令和〇年〇月〇日

大阪市長

申請者 住 所 大阪市北区中之島1丁目3番20号

申請書に記載漏れや不明な点があった場合は、ご連絡させていただきます。日中に連絡がつく電話番号を必ず記載してください。

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

氏 名 介護 太郎

次のとおり介護保険料の減免を申請します。

被保険者番号	0012345678
被保険者氏名	介護 太郎
年度区分	令和〇年度
申請理由 〔□に✓をつけてください〕	<input type="checkbox"/> 震災 <input type="checkbox"/> 風水害 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 事業または業務の休廃止 <input type="checkbox"/> 失業 <input checked="" type="checkbox"/> 生活困窮 <input type="checkbox"/> その他 ()
個人番号	1234 5678 9012

「生活困窮」に印(☑)を入れてください。