介護保険料減免申請書

年　　月　　日

大阪市長

申請者　住　所

電話番号　　－

氏　名

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	
被保険者氏名	
年度区分	年度
申請理由 （□に✓をつけてください）	□　震災　□　風水害　□　火災 □　死亡　□　疾病 □　事業または業務の休廃止 □　失業 □　生活困窮 □　その他（　　）
個人番号	