

様式第31 (第36条関係)

介護保険料減免申請書

安城市長

注意 申請者が被保険者本人の場合は、申請者欄の住所及び電話番号の記入は不要です。

申請者	氏名		申請年月日	年	月	日
	住所	〒				
		被保険者との続柄				

被保険者番号			個人番号						
フリガナ									
被保険者氏名									
生年月日	年		月		日				
住所	〒								
		電話番号 () -							
主たる生計維持者の氏名			個人番号						
			被保険者との続柄						
住所	〒								
		電話番号 () -							
減免保険料額及び納期限又は特別徴収対象年金給付の支払に係る月	普徴	年	年	年	年	年	年	年	年
		月	月	月	月	月	月	月	月
	円	円	円	円	円	円	円	円	円
特徴	4月	6月	8月	10月	12月	2月			
	円	円	円	円	円	円			
減免の理由	1 災害による損害		3 介護保険法第63条に該当						
	2 収入の著しい減少		4 その他 ()						

還付金額がある場合は、次の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄 (被保険者本人名義の口座を記入してください。)	銀行	本店	種目	口座番号
	信用金庫	支店	1 普通預金 2 当座預金	
	信用組合	出張所		
	農協			
	ゆうちょ銀行			
	金融機関コード	店舗コード		
	フリガナ			
	口座名義人			

ゆうちょ銀行の場合は、通帳記号も記入してください。

1				0
---	--	--	--	---