

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	安城 太郎	申請年月日	令和4年 8月 3日
	住所	〒446-8501 安城市桜町18番23号	被保険者 との続柄	長男
		電話番号 (0566) 76-1111		

被保険者番号	99999	個人番号	
フリガナ	アンジョウ マツオ		
被保険者氏名	安城 松男		
生年月日	昭和12年 12月 12日		
住所	〒 同上 電話番号 () -		
主たる生計維持者の氏名	安城 花子	個人番号	記入不要
		被保険者との続柄	長女
住所	〒 同上 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
	特徴	円	円
記入不要			
減免の理由	1 災害による損害 2 収入の著しい減少 3 介護保険法第63条に該当 4 その他 (コロナウイルス感染症の影響により)		

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
	安城 信用金庫	桜町 支店	1 普通預金	1234567
	信用組合	出張所	2 当座預金	
	農協			
	ゆうちょ銀行			
	金融機関コード	店舗コード		
	フリガナ	アンジョウ マツオ		
	口座名義人	安城 松男		

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
---	--	--	--	---