様式第１号（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険料減免申請書  　多賀城市長　殿  　次のとおり　　　　　年度分介護保険料の減免を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | | | 年　　月　　日 |  |
|  | 申請者氏名 | |  | | | | | | | | | | | 本人との関係 | | | |  |
| 申請者住所 | | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　－　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者 | 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 明・大・昭　　年 　月 　日 | |  |
| 氏名 | |  | | | | | | | | |
| 性別 | | | | 男　・　女 | |
| 被災地  住　所 | | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　－　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 申請理由  ※罹災証明書  　写し添付 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |