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 |  |  |
|  |  |
|  |