

介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

遠軽町長 佐々木 修一 様

(申請者) 住 所 遠軽町 _____

氏 名 _____ 印
(TEL -)

個人番号

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

遠軽町介護保険料条例第9条第2項の規定に基づき、下記のとおり
介護保険料の減免を受けたく申請します。

納税義務者	住 所	遠軽町
	氏 名	
理 由		