

# 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。

|       |       |     |
|-------|-------|-----|
| 納付義務者 | 住 所   | 遠軽町 |
|       | 氏 名   |     |
| 生計維持者 | 住 所   | 遠軽町 |
|       | 氏 名   |     |
| 理 由   | ..... |     |
|       | ..... |     |