

様式第 1 号（第 2 条関係）

令和      年      月      日

令和元年台風第 1 9 号に係る介護保険料減免申請書

小野町長    様

申請者

住      所

小野町大字

氏      名

電話番号

0 2 4 7 (      )

小野町介護保険条例第 9 条の規定により次のとおり介護保険料の減免を申請します。

記

1    被保険者等

|               |       |
|---------------|-------|
| 氏      名      |       |
| 住      所      | 小野町大字 |
| 被 保 険 者 番 号   |       |
| 生   年   月   日 |       |
| 主たる生計維持者      |       |

2    減免を受けようとする保険料の額等

|      |        |      |
|------|--------|------|
| 徴収方法 | 期別（納期） | 保険料額 |
|      |        | 円    |
|      |        | 円    |
|      |        | 円    |
| 合計   |        | 円    |

3    申請の理由