|  |  |
| --- | --- |
| り災証明書番号 |  |

様式第５号（第２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 第　　　号 | 介　護　保　険　料　減　免　通　知　書 |
| 　　　年　　月　　日住　所　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　矢祭町長　　　　　　　　　　　　印あなたの介護保険料について、下記のとおり減免したので通知します。　なお減免事由が消滅したときは、直ちに町長にその旨申告して下さい。記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　度 | 保　険　料 | 減 免 料 額 | 減　　免　　事　　由 |
|  |  |  |  |
| 差　引　納　付　す　べ　き　額 |
| 第　１　期 | 第　２　期 | 第　３　期 | 第　４　期 | 第　５　期 | 第　６　期 |
|  |  |  |  |  |  |
| 第　７　期 | 第　８　期 |  |  | 計 |
|  |  |  |  |  |
| 摘　要 |  |

 |