

# 介護保険料減免申請書

(令和元年台風第19号による被災者用【令和2年度】)

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号	043232	
			被保険者番号	0700	
生年月日		大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女	
住 所		〒  電話番号			
生計維持者	氏 名	(申請理由2~4の方のみ記入)	生年月日	大・昭・平 年 月 日	
	住 所	(申請理由2~4の方のみ記入) 〒  電話番号			
納 期		第1期(4月) ・ 第2期(6月) ・ 第3期(8月) ・ 随時期			
申 請 理 由		<p>次の事由のいずれかに○をつけてください。</p> <p>1 住家の全半壊、大規模半壊、床上浸水の被災をしたため</p> <p>2 主たる生計維持者が死亡、障がい者となった又は重篤な傷病等を負ったため</p> <p>3 主たる生計維持者の行方が不明となったため</p> <p>4 主たる生計維持者の失職等で、収入の減少したため</p>			
<p style="text-align: center;">柴 田 町 長 殿</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり関係書類を添えて介護保険料の減免を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">申 請 者</p> <p style="text-align: right;">氏 名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>					

還付される介護保険料の振込先口座の情報をご記入ください。(被保険者の口座)

金融機関	本・支店名	種類	口座番号			
銀行・信金 農協・信組	支店 本店	普通 当座				
銀行コード	支店コード					
口座名義人	フリガナ					
	氏 名					