

整理番号

介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

(宛先) 奈良市長

次のとおり、奈良市介護保険条例第10条第1項第 号 の規定により、 年度介護保険料の減免を申請します。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 -	電話 (- -)	

※申請者が被保険者本人の場合、申請者欄は記載不要です。

被 保 険 者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭
	個人番号			年 月 日
	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名			
	住 所	〒 -	電話 (- -)	
主たる 生計 維持者	氏 名		被保険者 との関係	
	住 所	〒 -	電話 (- -)	<input type="checkbox"/>

減免を受けようとする保険料

年 度		年 度 (年度相当)					
期 別		第 期	第 期	第 期	第 期	第 期	第 期
保 険 料	特 別 徴 収						
	普 通 徴 収						
	納 期 限 又 は 月 別						
	期 別	第 期	第 期	第 期	第 期	合 計	保険料額合計
額	特 別 徴 収						
	普 通 徴 収						
	納 期 限 又 は 月 別						
減免を受けようとする理由							

身元確認	個人番号カード 運転免許証 パスポート 身体障害者手帳 被保険者証 年金手帳 その他 ()
番号確認	個人番号カード 通知カード 住民票 システム確認 過去ファイル確認 その他 ()
代理権確認	委任状 戸籍謄本 健康保険証 介護保険被保険者証 その他 ()

※ 身元確認について顔写真がない場合は2点での確認が必要