様式第48号（第39条関係）

介護保険料減免理由消滅届出書

　　　魚津市長　　　　　あて

　　　　　　年　　月　　日付けで決定のありました　　　　年度分介護保険料の減免については、　　　　年　　月　　日付けで当該減免理由が消滅しましたので届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 | |  | | | | | | | | | | | 本人との関係 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 申請者住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 個人番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| 性別 | 男・女 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |