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	