

様式第1号

新型コロナウイルス感染症の影響による魚津市介護保険料減免申請書

魚津市長 あて

介護保険料の減免を受けたいので、魚津市介護保険料条例第9条第1項及び魚津市介護保険料の減免等に関する要綱の規定により、次のとおり申請します。

		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			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 電話番号		
生計を主として維持する者	氏名			
	住所	〒 電話番号		
納期	保険料額	備考		
合計				

申請理由	
------	--

添付書類 別紙「事業収入等の状況申告書」及びその他必要書類