

別記様式第1号（第6条関係）

介護保険料減免申請書

年 月 日

南幌町長 様

申請者 住所

氏名 印

電話番号 ( )

下記の事由により、介護保険料の減免を受けたいので、南幌町介護保険条例第9条の規定により申請します。

被 保 険 者 番 号	
個 人 番 号	
住 所	
氏 名	
減 免 区 分	<input type="checkbox"/> 減免取扱要綱 第2条1号 ( ) 関係 <input type="checkbox"/> 減免取扱要綱 第2条2号 ( ) 関係
減免を受けようとする 介 護 保 険 料	年度分 円
申 請 事 由	