

第6号様式（第7条関係）

介護保険料減免申請書

第1号被保険者	フリガナ		保険者番号										
	氏名			被保険者番号									
	生年月日	年 月 日											
	住所	〒											
※生計維持者	フリガナ												
	氏名												
	生年月日	年 月 日											
	住所	〒											
申請理由	第1号被保険者 生計維持者 _____ が												
<p>奄美市長 殿</p> <p>上記のとおり, _____ 年度分介護保険料の減免を申請します。 なお、介護保険料の減免の決定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員の資産及び収入の状況について介護保険料賦課担当課の職員が調査すること、又は金融機関、私及び私の属する世帯の世帯員の雇主若しくはその他の関係人に報告を求めることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者（代理人による申請の場合は代理人）</p> <p>住所 _____ 電話番号 _____</p> <p>氏名 _____</p>													

(注) ※欄は、生計維持者が第1号被保険者本人の場合は、記載不要。

区分	納期	月	当初の額		納期限
			普通徴収	特別徴収	
保険料額					年 月 日
					年 月 日
					年 月 日