様式第５号（第５条関係）

介護保険料減免理由消滅申告書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  | 被保険者番号 |
| 氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　個人番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日生 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | **〒**　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　 |
| ※生計維持者 | 氏名 |  | 被保険者との続柄 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日生 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | **〒**　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　 |
| 消滅理由 |  |
| （宛先）えびの市長　　　　　上記のとおり、　　　　年度分の介護保険料の減免理由が消滅しますので、申告します。　　　　　　年　　月　　日住所申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号氏名　　　　　　　　　　　　印 |

※生計維持者が、被保険者本人の場合は記載不要