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