

介護保険料減免申請書

令和 年 月 日

(あて先)鎌倉市長

住所
申 請 者 鎌倉市
(被保険者本人)
氏名
電話 ()

次のとおり、関係書類を添えて申請します。

被 保 険 者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	フリガナ 氏 名					
	住 所	〒 鎌倉市				
	世帯状況	氏 名	生年月日	続柄	勤務先等	
申請の事由		☐ 災害 ☐ 収入の激減 ☐ その他()				
添付資料		☐ り災証明 ☐ 生活実態調査書 ☐ その他()				
決定区分	☐ 減免します ☐ 減免しません(理由)					
決定事由	☐ 1号該当 ☐ 2号該当 ☐ 3号該当 ☐ 4号該当 ☐ 5号該当()					
減免期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで (月間)					
減免額等	当初賦課額	円				
	減免率及び減免額	%・ 円				
	減免後賦課額	円				

(注)太線の中だけ記入してください。