介護保険料　減免申請書

被保険者について			
フリガナ		被保険者番号	
氏名		個人番号	
		生計維持者との続柄	
生年月日	年　月　日生	性別	男・女
住所	（〒　—　）　電話番号　（　）		

生計維持者について			
フリガナ		個人番号	
氏名			
住所	（〒　—　）　電話番号　（　）		

注：「生計維持者」とは、第１号被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者です。

減免を受けようとする保険料について	
年度及び年間保険料	年度　円
減免額	円
減免の申請理由	

（宛先）東京都板橋区長

上記のとおり保険料について〔　減額　・　免除　〕の申請をいたします。

年　月　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注：減免を受けようとする事由を証明する書類を添付すること。