

## 介護保険料減免調書

被 保 険 者	被保険者番号						
	フリガナ						
	氏 名					生年月日	明・大・昭 年 月 日
						性 別	男 ・ 女
	住 所	〒					
	申請理由						
	世帯状況						
災害の種類		火災 ・ 水害 ・ その他 ( )					
災害年月日		年 月 日					
被害程度							
確認資料		罹災証明 / 被災者名簿 / 収入・資産申告書及び収入・資産 調査同意書 / その他 ( )					

\* 上記太枠内は市介護保険担当課の職員で記入してください。

年 月 日

市 名  
担当課名  
課長

印

\* 以下は砺波地方介護保険組合で記入

減免計算月	年 月 ~ 年 月			
調定額	円	減免額	円 ( か月分保険料額)	