

係長	確認者	担当者	受付者

様式第1号（第4条関係）

三鷹市介護保険料軽減申請書

（あて先）三鷹市長

次のとおり、介護保険料の軽減を申請します。

申請者が被保険者本人の場合、申請者住所及び電話番号の記載は不要です。		申請年月日	年 月 日
申請者	氏名	本人との関係	
	住所 〒		
電話 ()			
被保険者	被保険者番号	個人番号	
	氏名	生年月日	年 月 日
	住所 〒		
電話 ()			
申請内容	年度	軽減申請の対象期間	軽減申請保険料額
	年度	第 期 ~ 第 期	円
軽減を受けようとする理由			

※この申請書の提出時には、軽減を必要とする事実を確認する書類を添付してください。

- (1) 本年度の「介護保険料納入通知書兼介護保険料決定通知書」
- (2) ご本人と世帯員全員の収入が分かるもの（「年金支払通知書等」又はその写し）
- (3) ご本人と世帯員全員の預貯金通帳又はその写し
- (4) 別紙の「収入及び資産申告書」を添付

