

様式第14号(第10条関係)

介護保険料減免申請書

年 月 日

佐渡市長 様

申請者
住 所
氏 名 印

佐渡市介護保険条例第13条の規定により、下記のとおり減免して下さるよう申請します。

年度	通知番号		年 料 額	円
区分 科目	期別	料 額	納 期 限	摘 要
介護保険料	1		・ ・ ・	
	2		・ ・ ・	
	3		・ ・ ・	
	4		・ ・ ・	
	5		・ ・ ・	
	6		・ ・ ・	
申請額合計		円		
○減免を受けようとする理由(できるだけ詳細に記入してください。)				

- 注 ① 災害等の場合、証明書がありましたらその写しを添付してください。
- ② 源泉徴収票又は確定申告書の写しを添付してください。
- ③ 普通徴収の方は、納期限までに、特別徴収の方は、特別徴収対象年金給付の支払を受ける日までに提出してください。