介護保険料減額・免除理由消滅申告書

年　月　日

　　伊豆の国市長　宛

　　年　　　月　　日付けで承認された　　　年度分の介護保険料の減額又は免除について、その理由が消滅したので申告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申告年月日 | 年　月　日 |
| 申告者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申告者住所 | 電話番号 | | |

　　（注）申告者が被保険者本人である場合は、申告者住所の欄は記載不要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 被保険者番号 |  |
| ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ |  |  | |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 | 電話番号 | | |
| 消滅理由 | |  | | |