

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			
	フリガナ			
	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				