

別記様式第1号(第5条関係)

介護保険料減免申請書(新型コロナウイルス感染症用)								
日向市長 様	年 月 日	第一号被保険者	住所(所在地)					
	日向市長 様		氏名	(名称及び 代表者氏名)	(署名又は記名押印)			
			被保険者番号					
			個人番号					
次のとおり減免されたく申請します。								
減免を受けようとする金額等	特徴・普徴	年度 期 別	納 期 限	保 険 料 額	※軽減又は 免除の割合	※減免を受けよ うとする保険料額	適 用	
			. .	円		円		
			. .					
			. .					
			. .					
			. .					
			. .					
			. .					
			. .					
			. .					
			. .					
		合 計						
減免を必要とする事由								
※ 処理欄		調査者(職・氏名)				(印)		
※調査結果								
	事該 項当	新型コロナウイルス感染症に係る日向市介護保険料の減免に関する規則 第 条 第 項 第 号						

- (注) 1 ※印欄は記入しないでください。  
 2 この申請書には減免を必要とする事由を証する書面等を添付してください。