第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**介護保険料減免申請のお知らせ**

**固定文言１**

　次のとおり、あなたの介護保険料について申請により減額や免除が受けられることがあります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 賦課年度 |  |
| 減免の要件等 |  |
| 申請期限 |  |
| 必要なもの | **固定文言２** |

**固定文言３＋編集１**

　　減額や免除を受けられる条件は、以下の通りです。

　　　・本人又はその世帯の生計を維持する方が、災害により、住宅、家財等に著しい損害を受けたとき。

　　　・生計困難で保険料の負担が難しいとき。

　　減免申請場所

　　　・●●市介護保険課

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |