

新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料減免理由消滅申告書

福津市長 様

新型コロナウイルス感染症の影響により、介護保険料について減免認定されていましたが、減免理由が消滅したので、次のとおり申告します。

フリガナ		被保険者番号															
被保険者氏名		個人番号															
生年月日	明・大・昭	年		月		日	性別	男 ・ 女									
住所	〒																
	電話番号																

フリガナ		本人との関係															
世帯の生計を主として維持する者																	
生年月日	大・昭・平	年		月		日	性別	男 ・ 女									
住所	〒																
	電話番号																

消滅理由発生日	年 月 日															
消滅理由																