

(令和7年9月11日豪雨による被災者用)

介護保険料減額・免除申請書

年 月 日

(宛先) 大田区長

住所 _____

氏名 _____

(代理人申請の場合: 続柄 _____)

(電話番号 _____)

大田区介護保険条例第13条第2項の規定により、下記のとおり介護保険料の減額・免除を申請します。

記

申 請 年 月 日	年 月 日
第 1 号 被 保 險 者	被 保 險 者 番 号
	住 所
	電 話 番 号
	氏 名
	生 年 月 日
保 険 料 の 減 額 ・ 免 除 を 申 請 す る 理 由	・ 災 害 • 死 亡 疾 病 等 • 失 業 等 • そ の 他 (詳細に記入してください。)
申 請 事 由 の 発 生 年 月 日	年 月 日
保 険 料 (年 額)	(第 段 階) 円

注1 り災証明書のコピーを添付してください。