|  |
| --- |
| 介護保険料減免理由消滅届出書守口市長　様　　　次のとおり　　　　年度分守口市介護保険料の減免理由が消滅しましたので、守口市介護保険条例第12条第４項の規定により届け出します。 |
|  | 届出年月日 | 年　 月　 日 |  |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒　　　－電話番号　　　　（　　　　）　　　　　 |
|  |
|  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者 | フリガナ | ・ | 生年月日 | 大･昭　 年　 月　 日 |  |
| 被保険者氏名 | 　 | 性別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | 〒　　　－電話番号　　　（　　　　）　　　　　 |  |
|  |
| 申請時の理由 |  |  |
|  |
| 理由消滅年月日 | 年　　　月　　　日 |  |
| 消滅の理由 |  |
|  |
|  |
| （守口市使用欄）申請を受理し、決定及びその旨通知してよろしいか。 |