|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |