

令和 年 月 日

大曲仙北広域市町村圏組合管理者 様

申請者

住所	
氏名	印
電話	

介護保険料 減免理由消滅申告書

年 月 日付で決定を受けた介護保険料の減免について、その理由が消滅したので、大曲仙北広域市町村圏組合介護保険事務所第11条第3項の規定に基づき申告します。

記

被保険者証番号	
減免理由の消滅の日	年 月 日
減免の理由が消滅した理由（具体的に記入して下さい。）	
添付書類	