

## 介護保険料減免要件消滅届出書

佐賀中部広域連合長 様

下記のとおり、介護保険の減免理由が消滅したことについて届け出ます。

* 申請者が被保険者の場合は、代理人住所・電話番号の記載は不要です。		申請年月日	平成16年〇月〇日
被保険者住所	〒840-0811 佐賀市大財三丁目11番21号	被保険者番号	0000000001
被保険者氏名	介護太郎 ㊞	電話番号	0952-40-1135
代理人住所	〒840-0811 佐賀市大財三丁目11番21号	本人との関係	孫
代理人氏名	介護二郎 ㊞	電話番号	0952-40-1135
減免要件消滅理由			
毎月一定額の収入が得られるようになったため。			
減免要件消滅日	平成16年 〇日 〇日		