

様式第 7 号（第 8 条関係）

介護保険料減免事由消滅申告書

年 月 日

那須塩原市長 様

被保険者

住 所

氏 名

年 月 日付け第 号で決定を受けた那須塩原市介護保険条例第 15 条第 1 項の規定による介護保険料の減免については、次のとおり、その事由が消滅したので、那須塩原市介護保険条例第 15 条第 3 項の規定により申告します。

1 消滅年月日 年 月 日

2 消滅事由