

加入番号

掛 金 減 額 申 請 書

年 月 日

群馬県知事

あて

(加入者等)住 所 _____

氏 名 _____ 印

群馬県心身障害者扶養共済制度条例施行規則第5条の規定により掛金の減額を申請します。

(該当欄に 印)

	世帯員氏名	障 害 者 との続柄 (加入者)	年齢	職業	前 年 の 所 得 額 円	被生活 保 護	住 民 税	
							非課税	均等割
世 帯 状 況		障害者 本 人			円			
					円			
					円			
					円			
					円			
					円			

備考 (非常災害により申請する場合に、その程度、状況等を記載すること)

(市町村記入欄)

平成 年 月 日

群馬県知事

あて

市町村長

印

上記の申請について調査した結果、記載事項に誤りはないものと認めます。