

介護保険料 徴収猶予・減免 申請書

邑智郡総合事務組合管理者 様

次のとおり介護保険料の徴収猶予・減免を申請します。

申 請 日		年 月 日	該当日	年 月 日
申請者	フリガナ 氏 名	印	被保険者 との関係	
			電話番号	
	住 所	〒		
被保険者	フリガナ 氏 名		個人番号	
			被保険者 番号	
	生年月日	年 月 日	性 別	
			電話番号	
	住 所	〒		
生計維持者※	フリガナ 氏 名		性 別	
	生年月日	年 月 日	電話番号	
	住 所	〒		
徴収猶予・減免を受けようとする納期		年 月分 ～ 年 月分		
徴収猶予・減免を受けようとする保険料額		円		
申請理由	該当項目に○	1 火災等 2 死亡・長期入院等 3 失業等 4 その他（ ）		
添付書類	該当項目に○	1 所得証明 2 診断書 3 罹災証明書 4 その他（ ）		

- 1 該当日は申請理由の発生した日を記入して下さい。
- 2 ※ 第1号被保険者と生計維持者が同じ場合は生計維持者の欄は記入不要です。
- 3 申請書には、理由を証明する書類を添付して下さい。
- 4 徴収猶予期間は6か月を限度とします。

