

介護保険料減免・徴収猶予申請書

大井町長 様

次のとおり 年度分介護保険料の減免・徴収猶予を申請します。

なお、標記申請を行うにあたり、本人及び扶養義務者等の必要な調査に同意いたします。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名	印	本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号												
	個人番号												
	フリガナ												
	氏 名											生年月日	年 月 日
												性 別	男 ・ 女
住 所	〒										電話番号		
主たる生計維持者													
減免・徴収猶予を受けようとする保険料額		円			納期限								
特別徴収対象年金給付の支払月													
申 請 理 由													