

様式第 1 号(第 2 条関係)

介護保険料減免・徴収猶予申請書

宝達志水町長 様

次のとおり介護保険料の減免・徴収猶予を申請します。

		届出日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所			

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	電話番号		

持と生 すし計 るてを 者維主	氏名		被保険者 との関係	
	個人番号			
	住所	電話番号		

減免・徴収猶予を必要とする理由		
納期	保険料額	納期限(特別徴収の場合は年金支給月)
第 1 期		
第 2 期		
第 3 期		
第 4 期		
第 5 期		
第 6 期		
第 7 期		
第 8 期		
第 9 期		
第 10 期		
随 時		
合 計		

同 意 書

私は、この申請に関し、私と私の属する世帯の世帯員の所得状況等について、保険者(宝達志水町)が調査することに同意します。

被保険者 住所

氏名

個人番号 ( ) 印

世帯員

氏名

個人番号 ( ) 印

氏名

個人番号 ( ) 印

氏名

個人番号 ( ) 印