

筑西市長 様

(申請者) 住 所

氏 名

TEL ( )

被保険者との関係 ( )

介護保険料減免・徴収猶予申請書

次のとおり、関係書類を添えて介護保険料の減免・徴収猶予を申請します。

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 生
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 TEL		
生 計 中 心 者	氏 名		個 人 番 号	
	住 所		被 保 険 者 と の 関 係	
申 請 理 由	<p>※該当する理由のいずれかにチェック☑をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 災害により財産に著しい損害を受けたため</p> <p><input type="checkbox"/> 死亡、障がい、長期入院したことにより収入が著しく減少したため</p> <p><input type="checkbox"/> 事業の休廃止、失業などにより収入が著しく減少したため</p> <p><input type="checkbox"/> 災害などによる農作物の不作により収入が著しく減少したため</p> <p><input type="checkbox"/> 生活が著しく困窮しているため ※保険料段階1～3段階に限る。</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ※下記に詳細を記入する。</p> <p style="text-align: center;">( )</p>			
徴収猶予・減免を受けようとする保険料	納期(年月)			
	金額(円)			