

介護保険料徴収猶予・減免申請書

平成 年 月 日

久慈広域連合長 様

申請者氏名 _____ 印 _____

代理人
の場合 住 所 _____

電話番号 _____ 被保険者との関係（ _____ ）

次のとおり、平成 _____ 年度分介護保険料の（徴収猶予・減免・減額）を申請します。

1 被保険者の氏名・住所

被保険者番号																				
個人番号																				
フリガナ	-----													明・大・昭	年	月	日生			
氏名														性別	男・女					
住所														電話番号						

2 主たる生計維持者の氏名・住所

フリガナ	-----													明・大・昭	年	月	日生
氏名														性別	男・女		
住所														電話番号			

3 徴収猶予・減免を受けようとする保険料の額等（減額申請の場合は記入不要）

減免を受けようとする保険料の額	普通徴収	年度第 _____ 期 ~ 第 _____ 期
円	特別徴収	月分 _____ ~ 月分 _____

4 申請理由

申請理由	
------	--