

介護保険料減免・徴収猶予申請書

海田町長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		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			
	被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
			性別	男 ・ 女
住所	〒 電話番号			

主たる 生計 維持者	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	氏名		性別	男 ・ 女			
	住所	〒 電話番号					
保険料	納期限	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
	保険料の額	円	円	円	円	円	円

申請理由	
------	--

添付書類 被災証明書，医師診断書等，減免・徴収猶予の事由に該当することを証明する書面を添付すること。