

名寄市介護保険料減免・徴収猶予申請書

年 月 日

名寄市長 様

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(電話番号 _____)

(被保険者との関係: _____)

年度介護保険料の減免・徴収猶予を受けたいので、次のとおり申請します。

被保険者	氏 名		被保険者番号	
	生年月日	年 月 日	個人番号	
	住 所	TEL		
生計維持者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	TEL		
徴収猶予・減免を受ける保険料	支払方法	特別徴収	普通徴収	納期限
	納 期	保険料額	保険料額	
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
	減免申請の事由	1 災 害 2 所得減少 3 生活困窮 4 その他		
事由				
添付書類	1 罹災証明書 2 その他事由を証明する書類 (_____)			

※事実と異なることが判明した場合は、徴収猶予・減免を取り消されることになります。