

介護保険料減免・徴収猶予申請書

(宛先)

伊奈町長

次のとおり

年度分介護保険料の減免・徴収猶予を申請します。

		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です。

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
	氏名		性別	男・女
	住所	〒 電話番号		
世帯の生活を 主として維持 する者	個人番号			
	氏名			
	住所			

介護保険料額 (普通徴収)				介護保険料 (特別徴収)			
期	介護保険料額	納期限	備考	期	介護保険料額	年金給付の 支払い月	備考
	円	・			円	・	
	円	・			円	・	
	円	・			円	・	
	円	・			円	・	
	円	・			円	・	
	円	・			円	・	

申請理由	
------	--

預貯金等の有無	預貯金等がある場合は、下記へご記入ください。		
有・無	銀行	支店	金額 円

*預貯金等が複数ある場合は、別紙に記入してください。

資産の有無	資産がある場合は、下記へご記入ください。
有・無	資産の種類 資産の所在 資産の面積 その他

*資産が複数ある場合は、別紙に記入してください。

*申請にあたり必要となる収入の状況及び課税の状況等について、調査確認されることに同意します。

年 月 日

(署名) 申請者 氏名