

# 介護保険料徴収猶予・減免申請書

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	
------	--

