様式第1号(第3条関係)

介護保険料徴収猶予・減免申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 被保険者氏名  （申請者） |  |
| 個人番号 |  |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | 性別 | | | | | 男・女 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生計維持者氏名  ※ |  | 個人番号 |  |  |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | 性別 | | | | | 男・女 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※生計維持者が第1号被保険者本人の場合は、記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 徴収猶予・減免を受けようとする保険料 | | | | | | |
| 普通徴収 | | | | | 特別徴収 | |
| 納期 | 保険料（円） | | 納期 | 保険料（円） | 月 | 保険料（円） |
| 1期 |  | | 7期 |  | 4月 |  |
| 2期 |  | | 8期 |  | 6月 |  |
| 3期 |  | | 期 |  | 8月 |  |
| 4期 |  | | 期 |  | 10月 |  |
| 5期 |  | | 期 |  | 12月 |  |
| 6期 |  | | 期 |  | 2月 |  |
| 合計 | | | | | |  |
| 申請理由 | | 第1号被保険者  生計維持者　　　　　　　　が | | | | |
| ※上記理由を証明する書類等を添付すること | | | | |
| 藍住町長　殿  上記のとおり、　　　　年度分介護保険料の徴収猶予・減免を申請します。  なお、この決定に関して、私の世帯について必要な課税資料を閲覧することに同意します。    　　　　　　年　　月　　日    　　　　　　　　　　　　　　　　　【申請者】  　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　（※）  　　　　　　　　　　　　　　　（※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 | | | | | | |