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。 |