

## 介護保険料減免・徴収猶予申請書

柏市長 あて

令和 年度の介護保険料の減免・徴収猶予を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、介護保険料の減免・徴収猶予の決定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員の資産及び収入の状況について担当する職員が調査すること、又は金融機関、私及び私の属する世帯の世帯員の雇主若しくはその他の関係人に報告を求めることを同意します。

申請年月日	令和 年 月 日		
申請者氏名		被保険者との関係	
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。

被保険者番号						
フリガナ						
被保険者氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
被保険者住所	〒				電話番号	
申請理由	減免・徴収猶予を受けようとする理由を具体的に記入してください。					

### 主たる生計維持者の減少が見込まれる収入

主たる生計維持者の氏名	収入の種類	令和2年中の収入額	令和3年中の収入見込額	保険金等により補填される額
	給与収入			
※対象となる収入は 給与収入・事業収入 不動産収入・山林収入です	事業収入			
	不動産収入			
	山林収入			
□ 上記以外の令和2年中の所得の合計が400万円以下である（400万円超は減免は該当しません）				

保険料の徴収方法	<input type="checkbox"/> 普通徴収(納付書・口座振替) <input type="checkbox"/> 特別徴収(年金天引き)			
減免・徴収猶予を受けたい保険料（期別又は年金支給月・保険料額）				
第1期	4月	円	第7期	円
第2期	6月	円	第8期	円
第3期	8月	円	第9期	円
第4期	10月	円	第10期	円
第5期	12月	円	合 計	円
第6期	2月	円		