

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に同意します。

令和 年 月 日

＊申請者が被保険者本人の場合、申請者氏名・住所は記載不要です。

申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	電話番号		

被保険者番号	0	0	0												
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

＊世帯の生計維持者が被保険者本人の場合、生計維持者氏名・住所は記載不要です。

生計維持者氏名		被保険者との関係	
生計維持者住所			

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ください。
------	-------------------------------

●減免・徴収猶予を受けたい保険料について

☐ 申請受付日以降の当該年度全ての期または年金月の全額 ※この場合、下記金額欄の記入は不要

☐ 申請受付日以降で、下記で指定する当該年度の期または年金月及び指定する金額

普通徴収（納付書・口座振替）分

第1期	円	第6期	円
第2期	円	第7期	円
第3期	円	第8期	円
第4期	円	第9期	円
第5期	円	第10期	円

特別徴収（年金天引き）分

4月	円
6月	円
8月	円
10月	円
12月	円
2月	円