

介護保険料減免・徴収猶予申請書

柏市長 あて

令和 8 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も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	柏 次郎	被保険者との関係	子
申請者住所	柏市柏〇〇〇〇〇番 電話番号〇〇〇〇-〇〇〇〇		

被保険者番号	0 0 0 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇										
フリガナ	カシワ ハナコ										
被保険者氏名	柏 花子					生年月日	明・大・昭 ××年 ×月 ×日				
被保険者住所	柏市柏×××××番 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	柏 太郎	被保険者との関係	夫
生計維持者住所	柏市柏×××××番（同世帯ならば「同上」でも可）		

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。 例１）災害（火事）により自宅が全損したため。 例２）原子力災害対策特別措置法の規定により避難しているため。
------	---

●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