

介護保険料減免・徴収猶予申請書

宇 部 市 長 様

次のとおり、 年度分 介護保険料の減免・徴収猶予を申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	TEL	

* 申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号の記入は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号								(現在の収入状況)	
	個人番号									
	フリガナ									
	被保険者氏名									
	生年月日	明・大・昭	年	月	日					
	住 所	〒						TEL		
	入所施設名									

	氏 名	続柄	年齢	収入の有無
被保険者				有・無
以 外 の				有・無
家 族 状 況				有・無
				有・無

主たる 生 計 維持者	個人番号			
	フリガナ			
	氏 名			
	住 所			
	生年月日	明・大・昭	年	月 日
	維持者	(現在の収入状況) 新型コロナウイルス感染症の影響に伴う介護保険料減免に関する収入状況等申出書のとおり		

保険料の状況

保険料の状況		特徴・普徴合計保険料額					円
普通徴収 保 険 料	納 期 限	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	保 険 料 額	円	円	円	円	円	
	納 期 限	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	保 険 料 額	円	円	円	円	円	
特別徴収 保 険 料	対象年金月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	普通徴収随時分
	保 険 料 額	円	円	円	円	円	円

申請理由	新型コロナウイルス感染症の影響に伴う介護保険料減免に関する収入状況等申出書のとおり
------	---