

様式第31号(第53条、第54条関係)

介護保険料減免・徴収猶予申請書

中新川広域行政事務組合 管理者 様

次のとおり平成 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	Ⓜ	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は、申請者住所欄の記載は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		性 別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	明・大・昭 年 月 日
	住 所	〒 電話番号 ( )		
生 計 維 持 者	フリガナ		性 別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	明・大・昭 年 月 日
	住 所	〒 電話番号 ( )		
介 護 保 険 料	期 別	保険料額	納 期 限	備 考
	第 1 期	円	年 月 日	
	第 2 期	円	年 月 日	
	第 3 期	円	年 月 日	
	第 4 期	円	年 月 日	
	第 5 期	円	年 月 日	
	第 6 期	円	年 月 日	
	第 7 期	円	年 月 日	
第 8 期	円	年 月 日		
申請の理由				

※保険者記入欄

理由の適否	決定年月日	決 定 事 項
適 否	年 月 日	