

介護保険料減免・徴収猶予申請書

長浜市長 へ

次のとおり介護保険料の減免・徴収猶予を申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	続 柄	
申請者住所	〒 電話 ()	

* 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

被 保 険 者	番 号														
	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏 名											生年月日	年 月 日		
	住 所	〒													

被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者 (被保険者本人の場合は氏名のみの記載で可)				
フリガナ			生年月日	年 月 日
氏 名			生年月日	年 月 日
住 所	〒		続柄	

対象保険料			
年度	期別	保険料額	納期限
合 計			

申請理由	
------	--