

年 月 日

介護保険料減免・徴収猶予申請書

長 与 町 長 様

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号
被保険者との関係()

次のとおり、令和 年度分介護保険料の減免・徴収猶予を申請いたします。

被 保 険 者	被保険者番号																			
	フリガナ																			
	氏 名												生年月日	明・大・昭	年	月	日			
													性 別							
住 所												電話番号								
生計維持者氏名												本人との関係								
生計維持者住所												電話番号								

減 免	減 免 申 請 対 象 期 間											減免申請対象保険料合計額					
												円					
徴収猶予	徴 収 猶 予 申 請 対 象 期 間																
												円					

減免・徴収猶予の理由

新型コロナウイルス感染症の影響に伴う次の理由により、納付が困難であるため、減免を申請します。

主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため

主たる生計維持者の収入が減少したため

主たる生計維持者が事業を廃止又は失業したため