

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
電話番号
被保険者との関係()

次のとおり、令和8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	
												性 別	
住 所													
生計維持者氏名	(記載不要)										本人との関係	(記載不要)	
生計維持者住所	(記載不要)										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
	(記載不要)		

徴収猶予	徴 収 猶 予 申 請 対 象 期 間		(記載不要) 円
	(記載不要)		

減免・徴収猶予の理由

介護保険法施行令の一部を改正する政令による特例措置により、前年度非課税者に係る特例減免に該当するため、減免を申請します。