

介護保険減免・徴収猶予申請書

中川町長様

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	平成 年 月 日
申請者氏名	印	本人との関係	
申請者住所	〒 098- 中川郡中川町字 電話番号		

* 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	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0					
	フリガナ						
	氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
				性別	男 ・ 女		
住所	〒 098- 中川郡中川町字 電話番号						

申請理由
------	--

介護保険減免・徴収猶予調書

被 保 者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0								
	フリガナ														
	氏名										生年月日	明・大・昭	年	月	日
											性別	男 ・ 女			
	住所	〒 098- 中川郡中川町字													
申請理由															
世帯状況															
災害の種類	火災 ・ 水害 ・ その他()														
災害年月日	平成 年 月 日														
被害程度															
減免計算月	平成 年 月 ~ 平成 年 月														
調定額						円	減免額						円 (ヶ月保険料額)		
徴収猶予期間															
確認資料	罹災証明 ・ 被災者名簿 ・ その他 ()														

平成 年 月 日

調査員氏名