

介護保険料徴収猶予・減免申請書

(あて先) 五島市長

次のとおり

年度分介護保険料の徴収猶予・減免を申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	本人 ・ ()
申請者住所	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											
	ふりがな											
	氏 名	生年月日	M T S	年	月	日						
		性 別	男 ・ 女									
住 所	五島市							電話番号				

ふりがな		被保険者との続柄	
主たる生計維持 者の氏名	生年月日	M T S	年 月 日
	性 別	男 ・ 女	
徴収猶予又は減免を受けようとする	保 険 料 の 額		
	保 険 料 の 納 期 限		
保険料の特別徴収の対象となる年金の支払月			

徴収猶予 又は減免 を必要と する理由	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。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が事業を廃止又は失業したため <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の収入が減少したため 補足説明 ()
	※ 申請者が、その属する世帯の主たる生計維持者でない場合、下記に同意を必要 ・ 介護保険料減免の申請に伴い必要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び収入の状況について、保険者が、官公署に必要な資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは私の雇用主その他の関係人に報告を求めることに同意します。
	年 月 日 【氏名】 【住所】 五島市