様式第1号（第5条関係）

介護保険料減免・徴収猶予申請書

　　有田川町長　　様

　　年　　月　　日

　次のとおり、　　　　年度分介護保険料の減免・徴収猶予を申請します。

1. **申請者(申請者が同一世帯以外の場合は、委任状が必要です。)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 本人との関係 | 　 |
| 住所 | 〒　　　　－　　　　　　　電話（　　　）　　　－　　　　　　　　 |

**②介護保険の被保険者（本人）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　　－　　　　　　　電話（　　　）　　　－　　　　　　　　 |
| 申請の理由(理由を具体的に記入してください。) | 　 |
| 　 |
| 　 |
| 減免・徴収猶予を受けようとする保険料 | 保険料の額 | 　 |
| 納期限又は年金給付の支払に係る月 | 　 |

**③主たる生計維持者**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職員確認欄 | 本人確認 | 免･パ･個カ･身･保･その他（　　　） | 確認者 | 　　　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　　－　　　　　　　電話（　　　）　　　－　　　　　　　　 |