別記様式 50

介護保険料減免・徴収猶予申請書

大曲仙北広域市町村圏組合管理者　様

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。

		申請年月日	年　月　日
申請者氏名		本人との関係	
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			
	個人番号			
	フリガナ			
	氏　名		生年月日	明大昭　年　月　日
			性　別	男・女
	住　所	〒　－ 電話番号　（　）		

生計中心者	フリガナ			
	氏　名		生年月日	明大昭平　年　月　日
			性　別	男・女
	住　所	〒　－ 電話番号　（　）		

申請理由 （理由を証明する書類を添付）	

減免を受けようとする保険料等	納期		保険料額
	普通徴収	特別徴収	
	月　日	月	円
	月　日	月	円
	月　日	月	円
	月　日	月	円
	月　日	月	円
	月　日	月	円
	月　日	月	円
	月　日	月	円