

介護保険料減免・徴収猶予申請書

足寄町長 様

次のとおり令和 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	令和 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・電話番号の記載は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号										
	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										

申 請 理 由	新型コロナウイルス感染症により <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が重篤な傷病を負った 新型コロナウイルス感染症の影響により <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の事業収入等が減少 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の事業等の廃止 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の失業									
	主たる 生計 維持者	住所								
		氏名		生年月日	年 月 日					