

(様式1)

介護保険料減免・徴収猶予申請書

高砂市長様

次のとおり、平成 年度介護保険料の 減免 ・ 徴収猶予 を申請します。  
なお、減免の要件の確認のために必要な場合には、市税・資産等に関する資料の調査を  
することを承諾します。

申請日 平成 年 月 日

申請者氏名	①	被保険者本人との関係	
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

①被保険者について記入してください。

ふりがな		被保険者番号	.....
氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
		性別	男 ・ 女
住所	〒 電話番号 ( ) -		

②減免・徴収猶予を申請する理由を詳しく記入してください。(区分を囲み、理由を記入してください。)

災害、死亡、長期入院、失業、事業の休廃止、その他( )			
		添付書類	・医師の診断書 ・雇用保険受給資格者証 ・無職申立書 ・廃業届 ・その他( )
事由発生日	平成 年 月 日	対象者氏名	本人・世帯員( )

処理欄(ここは記入しないでください。)

市記入欄	承認	【減免決定額】	【算出の根拠】	減免区分
	却下	【却下理由】		(1)災害 §10-1-(1) (2)死亡・長期入院 §10-1-(2) (3)休廃止・失業 §10-1-(3) (4)不漁・不作 §10-1-(4)

平成 年 月 日	決裁	課長	副課長	係長		担当者
上記のとおり承認・却下してよろしいか						