

介護保険料減免・徴収猶予申請書

高知市長 様

(申請番号)

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。
 ただし、その理由が消滅した場合は、直ちにその旨を申告します。また、偽り等により保険料の減免を受けた場合は、減免された金額の5倍の過料を科せられることを承知いたします。

申請者		申請年月日	年 月 日
フリガナ	住所	〒	本人との関係
氏 名			電話番号

第1号被保険者	* 申請者が被保険者本人の場合は、被保険者番号・生年月日のみ記載											
フリガナ	被保険者番号											
氏 名	個人番号											
	生年月日			年 月 日								
住 所	〒			電話番号								

理由	
----	--

減免・徴収猶予を受けようとする保険料の額・納期又は特別徴収月
 普通徴収の場合 (通知書番号) 円 第 期～第 期
 特別徴収の場合 (年金受給者番号) 円 月～ 月

本人・家族の収入状況等						
続柄	氏 名	年齢	健康状態	前年中の収入額 (所得額)	本年中の収入見 込額 (所得額)	勤務先等 (収入方法)
本人				()	()	
				()	()	
				()	()	
				()	()	
				()	()	

資 産 状 況	固 定 資 産	所 在	種 別	面 積	時 価	用 途 等
		預金・ 有価証券等				

負 債 の 状 況	借 入 者	借 入 先	目 的	借入金額	返済予定額