

## 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		〒	本人との関係
氏 名	住所		
		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