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

次のとおり平成　　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	平成　　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