

様式第31号(第53条、第54条関係)

介護保険料減免・徴収猶予申請書

中新川広域行政事務組合 管理者 様

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。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号 ()		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記載は不要です。

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒 電話番号 ()		
生計維持者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒 電話番号 ()		
介護保険料	期別	保険料額	納期限	備考
	第1期	円	年 月 日	
	第2期	円	年 月 日	
	第3期	円	年 月 日	
	第4期	円	年 月 日	
	第5期	円	年 月 日	
	第6期	円	年 月 日	
	第7期	円	年 月 日	
第8期	円	年 月 日		
申請の理由				

※保険者記入欄

理由の適否	決定年月日	決定事項
適否	年 月 日	