介護保険料減免・徴収猶予申請書

フリガナ						被保	険者番-	号					
被保険者氏名						個人看	番号						
生年月日	明・大・	昭	年	月	日生	. 性	生 別			男	• 7	ケ	<u> </u>
住 所	T						雪里	 重話者	番号				
主 た る 生計維持者	生 所 氏 名	Ē					被保险	食者 。	との	関係〔)
申請理由													
納期限及び保険料額	納期	保険	料額	納	期	限	納	期	限	の延	長	期	間
			円	年	月	日		年	月	日~	年	月	月
			円	年	月	日		年	月	日~	年	月	日
			円	年	月	日		年	月	日~	年	月	日
			円	年	月	日		年	月	日~	年	月	日
			円	年	月	日		年	月	日~	年	月	日
			円	年	月	日		年	月	日~	年	月	日
			円	年	月	日		年	月	日~	年	月	日
			円	年	月	日		年	月	日~	年	月	日
			円	年	月	日		年	月	日~	年	月	日
			円	年	月	日		年	月	日~	年	月	目
	合 計		円										
(あて先) 八戸市長 上記のとおり 年度分介護保険料の減免・納期限の延長を申請します。 また、申請した年度に係る延滞金についての免除もあわせて申請します。 なお、必要な場合は本人及び主たる生計維持者等の課税状況等を調査されることに同意します。													
申請者	年	月	日										
	住所氏名												
	被保障との関			,			電話	番号	<u>.</u> ,				