

介護保険料 減免・徴収猶予申請書

窓口に来られた方 ()

ふりがな 被保険者氏名		保険者番号	452045											
		個人番号												
		被保険者番号												

生年月日	大正・昭和 年 月 日
------	-------------

住 所	〒 宮崎県 日南市 電話番号
-----	-------------------

申請理由	条例第8条第1号・第9条第1号 1. 火災・風水害等の災害 5. 特別な理由 (規則第4条) 2. 生計維持者の死亡等 ①国外居住 ④コロナ感染症による死亡や重篤な傷病 3. 生計維持者の失業等 ②監獄等に拘禁 ⑤コロナ感染症の影響による収入の減少 4. 農作物の不作・不漁等 ③生活が困窮
------	---

保 険 料 額	納期	普通徴収	納期	特別徴収	徴収月	備 考
	1期		1期			
	2期		2期			
	3期		3期			
	4期		4期			
	5期		5期			
	6期		6期			
	7期					
	8期					
	9期					
	10期					

世帯構成		氏 名	生 年 月 日	主たる生計維持者に ○をつけてください
	世帯主		大・昭・平 年 月 日	
	世帯員		大・昭・平 年 月 日	
			大・昭・平 年 月 日	

日南市長 殿

令和 年 月 日

上記のとおり、介護保険料 減免・徴収猶予を申請します。
 また、この申請に関し、私及び世帯員の収入等の状況について、日南市が官公庁、
 又は銀行、及びその他関係機関に照会することに同意します。

住 所
 申 請 者
 (被保険者本人) 氏 名
 電話番号

※市役所確認欄

個人番号確認及び 本人確認実施者	交付対象者を確認するもの		代理人を確認するもの	代理権を確認するもの	その他
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 対象者の介護保険証 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 使者