

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 2. 生計維持者の死亡等 3. 生計維持者の失業等 4. 農作物の不作・不漁等 5. 特別な理由（規則第4条） ①国外居住 ②監獄等に拘禁 ③生活が困窮												
保 險 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