


介護保険料 減免・徴収猶予 申請書

杵藤地区広域市町村圏組合
 管理者 様

次のとおり 令和 年度分介護保険料の徴収猶予・減免を申請します。

申請者氏名		申請年月日	
	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	本人との関係	
申請者住所	〒		
	電話番号		

※ 申請者が本人の場合、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		
			性 別	男	・ 女
住 所	〒				
	電話番号				

申請理由	
------	--

介護保険料減免・徴収猶予調書

被 保 険 者	被保険者番号									
	フリガナ									
	氏 名		生年月日							
			性 別	男 ・ 女						
	住 所	〒								
	申請理由									
世帯状況										

減免・徴収猶予理由	
発生年月日	
被害等程度	
世帯の主たる生計維持者の 前年の総収入金額	
世帯の主たる生計維持者の 本年中の収入見込額	
減免計算月	
調定額	
徴収猶予期間	
確認資料	り災証明 被災者名簿 その他

年 月 日

調査員名

介護保険料 **減免**・徴収猶予 申請書

杵藤地区広域市町村圏組合
 管理者 様

次のとおり 令和 **〇〇** 年度分介護保険料の徴収猶予・減免を申請します。

申請者氏名	○	申請年月日	令和〇〇年×月◆◆日
	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	本人との関係	長男 等
申請者住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市大字□□0000番地0 電話番号 〇〇〇-〇〇〇		

※ 申請者が本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号	1 0 0							
	個人番号								
	フリガナ			〇〇	〇〇				
	氏 名			〇〇	〇〇			生年月日	昭和〇〇年×月◆◆日
								性 別	男 ・ 女
住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市大字□□〇〇〇番地〇〇〇 電話番号 〇〇〇-〇〇〇								

申請理由	主生計者が長期入院し、今年の収入が減少するため。 主生計者の事業の休廃止や失業により今年の収入が減少するため。等
------	---

介護保険料減免・徴収猶予調書

被 保 険 者	被保険者番号			生年月日	昭和○年○月○日
	フリガナ	□□ □□□		性 別	男・女
	氏 名	○○ ○○			
	住 所	〒 ○○○-○○○ ○○市大字□□0000番地0		電話番号	
	申請理由	主生計者が長期入院し、今年の収入が減少するため。 主生計者の事業の休業止や失業により今年の収入が減少するため。等			
	世帯状況	本人・妻・長男・長男の妻・長男の子 等 (介護保険事務所でも確認しますが、それぞれの氏名を聞いておいていただけると助かります)			

減免・徴収猶予理由	令和○年○月○日に発生した災害により入院し、 今年の収入が減少するため。 令和○年○月○日に失業し、今年の収入が減少するため。 等
発生年月日	令和○○年○月○日 (被災した日、失業した日)
被害等程度	休業○ヶ月
世帯の主たる生計維持者の 前年の総収入金額	システムで確認できる場合は記入不要です
世帯の主たる生計維持者の 本年中の収入見込額	聞き取りをお願いします。(根拠になるものがあれば添付して下さい。)
減免計算月	令和○年○月
調定額	(介護保険事務所で確認しますので記入不要です)
徴収猶予期間	(介護保険事務所で確認しますので記入不要です)
確認資料	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> り災証明 被災者名簿 その他 </div>

