

受付印

## 介護保険料減免申請書

NO. \_\_\_\_\_

佐渡市介護保険条例第13条の規定により、下記のとおり介護保険料の減免を申請します。

佐渡市長 様

平成 年 月 日

申請人又は申請代理人

住所 佐渡市

氏名 \_\_\_\_\_

本人との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

平成 年度

減免を受けようとする被保険者氏名

被保険者番号

生年月日

明・大・昭

年 月 日

【申請理由】

【添付書類】

保険料年額

円

納付済額

円

特別徴収

普

通

徴

収

月別

保険料

期別

保険料

過年度

保険料

4月

円

第1期

円

過1期

円

6月

円

第2期

円

過2期

円

8月

円

第3期

円

10月

円

第4期

円

12月

円

第5期

円

2月

円

第6期

円

法定納期分の各月別・期割額を記載してください。

世帯構成 世帯員は主たる生計維持者を最上段に記載してください。

介護保険に加入していない世帯員も記入し、加入している方には 印を記入してください。

氏名

続柄

年齢

加入

申請者と住所が異なる者の住所

現在の収入(所得)月額

注)減免申請理由の事実を証明する書類を必ず添付してください。

普通徴収の方は納期限前7日までに、特別徴収の方については特別徴収対象年金給付の支払に係る月の前々月の15日までに提出してください。