様式第49号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険料減免・徴収猶予申請書  小野町長　　様  次のとおり　　　　年度分介護保険料の減免・徴収猶予を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | 年　月　日 |  |
|  | 申請者氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 本人との関係 | |  |
| 申請者住所 | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる生計を維持する者の氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 明・大・昭　年　月　日 | |
| 性別 | | 男・女 | |
| 住所 | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 普通徴収 | | 減免・徴収猶予を受けようとする保険料の額及び納徴収期限 | | | | | | | | | 年　　期分から　　期分(　　　円) | | | | | | | | | | |
| 特別徴収 | | 減免・徴収猶予を受けようとする特別徴収対象年金給月に係る対象月 | | | | | | | | | 年　　月分から　　月分(　　　円) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |