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 | 　 |
| 　 |