

# 介護保険料減免・徴収猶予申請書

年 月 日

府 中 市 長

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。

また、この申請に関する要件の確認のために、市において必要な場合は、関係機関に必要な照会・調査をすることに同意します。

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は、申請者住所・電話番号の記載は不要です。

被 保 険 者	被保険者 番号	0	0	0						個人番号		
	フリガナ	-----								生年月日	明治・大正・昭和	
	氏 名										年 月 日	
	住 所	〒 電話番号 — —										
生 計 維 持 者	氏 名								被保険者 との関係			
	住 所	〒 電話番号 — —										

減免・徴収 猶予を必要 とする理由	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 災害による住宅、家財等の著しい損害</li> <li>2 主たる生計維持者の死亡、入院等による著しい収入減少</li> <li>3 主たる生計維持者の事業休廃止、失業等による著しい収入減少</li> <li>4 主たる生計維持者の干ばつ、冷害等による著しい収入減少</li> <li>5 その他市長が特別に必要と認めたもの</li> </ol>
-------------------------	---

\* この申請書に減免・徴収猶予を必要とする理由を証明する書類を添付してください。