

## 筑紫野市介護保険料徴収猶予・減免申請書

年 月 日

(宛先) 筑紫野市長

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

筑紫野市介護保険条例第10条第2項又は第11条第2項の規定により 年度分介護保険料の徴収猶予・減免を次のとおり申請します。対象の確認に当たって、市が所得等の確認調査を行うことに同意します。

被保険者氏名		被保険者番号																		
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女																	
住 所	〒 _____ 電話番号 _____																			
申請理由																				
	氏 名	生 年 月 日	性 別	生計中心者に ○を付けて ください。																
世帯構成	世帯主	年 月 日	男・女																	
	世帯員	年 月 日	男・女																	
		年 月 日	男・女																	
		年 月 日	男・女																	

徴収猶予・減免を受けようとする介護保険料

納 期 限	年 月 日から 年 月 日まで (普通徴収・特別徴収)
保険料の額	円

- 添付書類
- 1 被災証明書等災害状況の確認ができる書類
  - 2 給与証明書等収入状況の確認ができる書類
  - 3 収監証明書
  - 4 その他申請理由を証明する書類