岩美町介護保険料徴収猶予・減免申請書

令和　　　年　　　月　　　日

　岩美町長　　様

|  |  |
| --- | --- |
| （申請者） | 住 所 |
|  | 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
|  | （電話：　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | （被保険者との関係：　　　　　　　　　） |

　次の事由により，介護保険料の徴収猶予・減免を受けたいので，次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　 年　 月　 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 減免を受けようとする  保険料 | 年度 | [決]　　年度　[賦]　　年度 | | | | | | | | | | | 年間保険料額 | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 普通 徴収 | １期 | 円 | | | | | | | ５期 | | | 円 | 期 | | | | | 円 | | | | | | | | |
| ２期 | 円 | | | | | | | ６期 | | | 円 | 期 | | | | | 円 | | | | | | | | |
| ３期 | 円 | | | | | | | ７期 | | | 円 | 期 | | | | | 円 | | | | | | | | |
| ４期 | 円 | | | | | | | ８期 | | | 円 | 期 | | | | | 円 | | | | | | | | |
| 特別 徴収 | ４月 | 円 | | | | | | | ８月 | | | 円 | 12月 | | | | | 円 | | | | | | | | |
| ６月 | 円 | | | | | | | 10月 | | | 円 | ２月 | | | | | 円 | | | | | | | | |
| 家族の  状況等 | 氏　　　名 | | | | | | 続柄 | | | 年齢 | | | 職 業 ・ 勤 務 先 | | | | | | | | | | | | 主たる生計維持者 | | |
|  | | | | | | 世帯主 | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
| 減免申請の事由 | １　災　　害　　２　所得減少　　３　生活困窮　　４　そ の 他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | １　罹災証明書　　２　その他事由を証明する書（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※事実と異なることが判明した場合は，減免を取り消されることになります。

※申請者が被保険者本人でない場合には，別途委任状の提出が必要になります。

同　　　意　　　書

介護保険料徴収猶予・減免決定のために必要があるときは，私及び私の世帯員（以下「私等」という。）の資産及び収入の状況につき，貴介護保険担当課が官公庁等に調査を嘱託し，又は銀行，信託会社，私もしくは私の世帯員の雇用主，その他の関係人（以下「銀行等」という。）に調査を求めることに同意します。

また，貴介護保険担当課の調査嘱託又は報告要求に対し，官公署又は銀行等が報告することについて，私等が同意している旨を官公署又は銀行等に伝えて構いません。

令和　　 年　　 月　　 日

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

岩美町長　　様