

介護保険料減免・徴収猶予申請書

(提出先) 川越市長

次のとおり、令和 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は、申請者住所欄の記入は不要です。

被保険者	被保険者番号		
	フリガナ		生年月日
	氏名		性 別
	住所	電話番号 ()	
生計中心者	フリガナ		本人との続柄
	氏名		
	住所	電話番号 ()	

減免を受けようとする保険料額等	納期限等		保険料額		年間保険料額 円 申請額[納期未到来額] 円
	4月		10月	4期	
	5月		11月	5期	
	6月		12月	6期	
	7月	1期	1月	7期	
	8月	2期	2月	8期	
	9月	3期	3月		

申請理由	新型コロナウイルス感染症により <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が 死亡 、又は 重篤な傷病 を負ったため <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が 廃業 、又は 失業 したため <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者に以下の 収入の減少 があった(見込まれる)ため <input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 不動産収入 <input type="checkbox"/> 山林収入
------	--

※いずれか該当に✓チェックをご記入ください