

介護保険料徴収猶予申請書

年 月 日

町田市長 様

申請者	住所	〒
	氏名	
	電話	()

下記のとおり介護保険料の徴収猶予を申請します。

記

フリガナ				被保険者番号			
被保険者氏名							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	
住所							
世帯の生計を主として維持する者の氏名							
希望する徴収猶予の内容	猶予を希望する保険料	円					
	納期限又は年金支給月						
保険料の徴収猶予を希望する理由							

市役所記入欄 (この欄には、記入しないでください。)

- | | | |
|-----------|--------------------------------------|--|
| 徴収猶予申請の理由 | <input type="checkbox"/> 自然災害 | <input type="checkbox"/> 農作物の不作、不漁 |
| | <input type="checkbox"/> 生計中心者の死亡、入院 | <input type="checkbox"/> 矯正施設への拘禁 |
| | <input type="checkbox"/> 生計中心者の失業、廃業 | <input type="checkbox"/> 特別の事由 (申告書を添付のこと) |