

担当係長課長部長	受付	・	・
	決裁	・	・
	施行	・	・

介護保険料徴収猶予申請書

年 月 日

大和市長 へ

住所

フリガナ

申請者 氏名

電話

被保険者との関係

次のとおり介護保険料の徴収猶予を申請します。

フリガナ 徴収猶予対象 被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (この場合は記入不要です)		被保険者番号	0	0	0				
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (この場合は記入不要です)		個人番号							
	生年月日	M	T	S	H	年	月	日		

住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (この場合は記入不要です)
電話	( )

フリガナ 生計中心者 の氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (この場合は記入不要です)	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (この場合は記入不要です)
----------------------	---	----------	---

住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (この場合は記入不要です)
電話	( )

保険料の額 ( 年度)	第1期	円	第5期	円	第9期	円
	第2期	円	第6期	円	第10期	円
	第3期	円	第7期	円	合計	
	第4期	円	第8期	円		

徴収猶予申請理由 (具体的に)	

添付書類

決定区分  承認する。  承認しない。

決定理由

※ 太枠の中のみ記入してください。