

介護保険料徴収猶予・減免申請書

大野城市長様

次のとおり 年度分介護保険料の徴収猶予・減免を申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	印	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、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	電話番号 - -		

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 (特別徴収 ・ 普通徴収)
保険料の額	円

申請理由 (該当項目に ○をつけてくだ さい)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 災害により、住居・家財・その他の財産に著しい被害を受けたため 2. 生計を主として維持する者の死亡・入院等による収入の著しい減少 3. 生計を主として維持する者の失業・事業の休廃止等による収入の著しい減少 4. 農作物の不作、不漁その他これに類する理由による収入の著しい減少 5. その他(大野城市介護保険料徴収猶予及び減免に関する規則附則第3項第 号該当)
----------------------------------	--

徴収猶予・減免を受けようとする事由を具体的に記入してください。
(災害の種類・状況、所得の激減の理由・状況等)

※次の書類をあわせて提出してください。

① 同意書(別紙様式)

[災害による場合]

[所得の激減による場合]

② 罹災証明書

③ 所得見込額申告書(別紙様式)

④ 所得見込額についての申立書(別紙様式)

⑤ 年金額振込通知書(源泉徴収票)の写し

⑥ 源泉徴収票の写し(離職済の場合)

⑦ 離職証明書の写し(離職済の場合)

⑧ 雇用保険受給資格者証の写し(離職済の場合)

⑨ 給与明細書の写し又は給与証明書(在職中の場合)

⑩ その他収入のわかるもの