

様式第1号(第4条関係)

介護保険料徴収猶予・減免申請書

佐伯市長 様

次のとおり令和 4 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	令和 年 月 日		
申請者氏名		被保険者 との関係	
申請者住所	郵便番号		電話番号

※申請者が被保険者本人である場合は、申請者住所欄は記入不要です。

被保険者番号		個 番	人 号	
フリガナ	-----		生年月日	
被保険者氏名				
被保険者住所	郵便番号		電話番号	

主たる 生計維 持者	氏名		個 番	人 号	
	住所	郵便番号		電話番号	

徴収猶予・減免を受けようとする保険料の額及び納期限（特別徴収対象年金給付の支払に係る月）	保険料の額	納期限（月）

申請理由
新型コロナウイルス感染症の影響に伴う次の理由により、納付が困難であるため、減免を申請します。 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な疾病を負ったため <input type="checkbox"/> 収入が減少したため <input type="checkbox"/> 事業収入を廃止又は失業したため