介護保険料徴収猶予申請書

(宛先)

鳴門市長

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 第1号被保険者  (申請者) | 住所 |  | 被保険者番号 |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| 生計を主として維持する者 | 住所 |  | 申請者との関係 |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| 申請代理人 | 住所 |  | 申請者との関係 |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |

鳴門市介護保険条例第10条の規定により、次のとおり介護保険料の徴収猶予を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 徴収猶予を受けようとする保険料 | | | |
| 賦課年度 | 期別 | 納期限又は特別徴収対象年金給付の支払月 | 保険料額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合計 | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯主を含む家族の状況 | | | | |
| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | 所得 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 徴収猶予申請の理由(具体的に徴収猶予を必要とする理由) | | |
|  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ＊上記の申請理由を証明する書類等を添付してください。 | | |