

## 介護保険料減免・徴収猶予申請書

西東京市長 あて

次のとおり、平成

年度分介護保険料の

<input type="checkbox"/> 減 免
<input type="checkbox"/> 徴収猶予

を申請します。

被保険者番号												
個人番号												
申請者	フリガナ						被保険者との関係					
	氏 名							電話番号				
	住 所											
第1被 号保 険者	フリガナ						生年月日	明・大・昭 年 月 日				
	氏 名						性別	男 ・ 女				
	住 所						電話番号					
世帯 計 の 維 持 者	フリガナ						生年月日	明・大・昭 年 月 日				
	氏 名						性別	男 ・ 女				
	住 所						電話番号					
減免・徴収猶予を受けようとする 納期または年金給付支払月						減免・徴収猶予を受けようとする保険料額						
普徴	第 期 ~ 第 期					円						
特徴	月分 ~ 月分											
申 請 理 由	該当項目に○をしてください。 1 火災等・2 死亡・長期入院等・3 失業等・4 その他											
添 付 書 類	該当項目に○をしてください。 1 給与証明書・2 診断書・3 リ災証明書・4 その他											

- \* 減免を受けようとする場合は、普通徴収の方は納期限までに、特別徴収の方は特別徴収対象年金給付支払月の前前月の15日までに申請してください。
- \* 徴収猶予期間は3か月を限度とします。
- \* 減免または徴収猶予を受けようとする理由を証明する書類を添付してください。