

介護保険料 徴収猶予・減免申請書

能代市長 様

次のとおり 年度分介護保険料のを申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名 (本人署名又は 記名押印)		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です。

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏名	生年月日	年 月 日	
		性別	男 ・ 女	
住所	〒 電話番号			

申請理由	
※理由を証明する書類を添付してください。	

様式第 2 0 号

--