

様式第9号(第8・10条関係)

介護保険料減免・徴収猶予申請書

那珂川町長 様

次のとおり 年度分介護保険料の減免・徴収猶予を申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		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										
	氏 名			生年月日	年 月 日						
				性 別	男 ・ 女						
住 所	〒 電話番号										

申請理由	
------	--

貯金の有無	<input type="checkbox"/> 有(約 万円) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> 窓口(現金)払	
居住用以外の土地家屋の有無	<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 貸地 <input type="checkbox"/> 貸家) <input type="checkbox"/> 無	振込先	銀行 信用組合 農業協同組合 信用金庫 店
<input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 労災 年金	<input type="checkbox"/> 受給(約 万円) <input type="checkbox"/> 不受給	預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 当 口座番号
			名義
扶 養 状 況	<input type="checkbox"/> 受けている 扶養者の住所 那珂川町 氏名 <input type="checkbox"/> 受けていない		