規則様式第２９号

（受付No.　　）

保険料減免・徴収猶予申請書

神川町長　様

次のとおり令和　　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	令和　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			
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	氏　名		生年月日	明・大・昭　年　月　日
			性　別	男　・　女
	住　所	〒 電話番号		

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（〇で選択）。 １．主たる生計維持者が死亡し又は傷病を負ったため ２．収入が減少したため ３．事業を廃止又は失業したため □　なお、私と私の属する世帯に関し、保険健康課が新型コロナウイルス感染症に係る情報照会及び関係課所等と情報共有することに同意します。