

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	〒		

日中にご連絡のつく番号を記入してください。

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										
	住 所	〒									

生年月日 明・大・昭 年 月 日

郵送する際、こちらを切り取って封筒にお貼りください。

該当する理由に○をつけてください。

〒367-0292
 神川町大字植竹909
 神川町役場 保険健康課
 介護年金担当 行

申請理由	新型コロナウイルス感染症の影響に伴い減免を申請します(○で選択)。 1. 主たる生計維持者が死亡し又は 2. 収入が減少したため 3. 事業を廃止又は失業したため
	<input type="checkbox"/> 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。

上記事項にご同意いただき、チェックをつけてください。