

介護保険料 徴収猶予・減免 申請書（新型コロナウイルスに係るもの）

座間市長 宛

年 月 日

次のとおり、介護保険料の 徴収猶予 ・ 減免 を申請します。

なお、申請書に記載した内容は事実と相違ありません。事実と異なり要件に該当しないと判明した場合、徴収猶予・減免決定が取り消されることについて異議はありません。

申請者	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒 電話番号		

※被保険者本人が申請を行う場合、上記の申請者住所・電話番号は記入不要です。

※代理人が申請を行う場合のみ、下部の代理人選任届欄に記入してください。

被保険者	被保険者番号	/ / 0 0 0 0	生年	明・大・昭
	個人番号		月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏名			
	住所	〒 電話番号		

世帯の生計維持者	フリガナ		被保険者との関係	
	氏名			
	住所	〒 電話番号		

代理人選任届

座間市長 殿

年 月 日

(代理人) 氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人と定め、介護保険料の徴収猶予・減免の申請に係る権限を委任したので届けます。

(被保険者) 氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

※代理人の身分証明書の写しを添付してください。

次の1～2について、記入してください。

1 徴収猶予又は減免を受けようとする保険料

普通徴収				特別徴収			
1期	円	6期	円	4月	円	10月	円
2期	円	7期	円				
3期	円	8期	円	6月	円	12月	円
4期	円	9期	円				
5期	円	10期	円	8月	円	2月	円

2 徴収猶予又は減免を希望する理由 ((1)、(2)のうち、該当する項目へ記入してください。)

(1) 新型コロナウイルス感染症り患等

発生日時	年 月 日	入院等先	
症 状	ア 死亡                      イ 重篤（入院期間                      ）		

※診断書等を添付してください。

(2) 世帯の生計維持者の収入の著しい減少（ア、イのうち、該当する項目へ記入してください。）

ア 収入減少によるもの

勤務先	
収入減少時期	年 月 日 ～ 年 月 日

イ 失業によるもの

離職日	年 月 日
-----	-------