第１５号様式

**介護保険料　徴収猶予・減免　申請書**

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  月日 | 明・大・昭  　　年 　月 　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 性別 | 男　・　女 |
| 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

【保険者使用欄】　このことについて、次のとおり決定してよろしいでしょうか。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請区分** | **決定内容** | **減免金額** | **減免率** | **適用開始日** | **適用終了日** | **起案日** | | **決裁日** |
| 徴収猶予  減免 | 不承認  承認 | 円 | ％ |  |  |  | |  |
| **部長／次長** | **課長** | **係長** | **合議** | | **担当** | **備考** | **入力日** | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |

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（　　　　　年度：年間保険料額　　　　　円）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（⑴～⑶のうち、該当する項目へ記入してください）**

**⑴　災害**　（種類：　①　火災　　②　風水害　　③　爆発　　④　その他（　　　　　　））

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 発生場所 |  | | |
| 発生日時 | 年　　月　　日 | 発生原因 |  |
| 損害の程度 | ア　全壊　　イ　半壊　　ウ　その他（　　　　　　　　　　　　） | | |

□※り災証明書（写し可）を添付してください

※発生原因が故意であることが判明した場合、決定が取り消されることがあります。

**⑵　世帯の生計維持者の**　①　**死亡**（　　　　年　　月　　日）　②　**収入の著しい減少**

②の場合（次のア～オのうち、該当する項目へ記入してください）

ア　心身の重大な障害・長期入院によるもの

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名 |  |
| 傷病発生・入院開始年月日 | 年　　　月　　　日 |

イ　事業又は業務の休廃止によるもの

|  |  |
| --- | --- |
| 休廃止年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 休廃止の届出先官公署 |  |

ウ　事業における著しい損失によるもの

|  |  |
| --- | --- |
| 内　容 |  |

エ　失業によるもの

|  |  |
| --- | --- |
| 離職日 | 年　　　月　　　日 |

オ　干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁等によるもの

|  |  |
| --- | --- |
| 内　容 |  |

　□※上記を証明する書類（写し可）を添付してください

**⑶　刑事施設等への拘禁**（拘禁場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 拘禁の開始 | 年　　月　　日 | 拘禁の終了 | 年　　月　　日 |

□※在監証明書（写し可）を添付してください