

都城市長 宛て

介護保険料減免・徴収猶予申請書

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

都城市介護保険条例第9条・第10条の規定に基づき、次のとおり介護保険料の徴収猶予・減免を申請します。

被 保 険 者	被保険者番号													
	個人番号													
	フリガナ	-----												
	氏名													
		生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男	・	女				
	住所													
		電話番号												
主 生 計 維 持 者	フリガナ	-----												
	氏名													
		生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男	・	女				
	住所													
		電話番号												

令和	年度	申請理由 都城市介護保険料の徴収猶予及び減免に関する規則第 条第 項に該当するため。
納期限	保険料額	

※申請理由を証明する書類を添付してください。

個人番号確認	本人確認	代理権確認	受付	点検