

令和 年 月 日

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			・
	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			・
	住所															
	電話番号															

令和 年度		申請理由
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