

介護保険料減免・徴収猶予申請書

伊達市長 様

次のとおり令和4年度分の介護保険料の減免・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	〒 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				生年月日	明・大・昭 年 月 日								
	氏 名				性 別	男 ・ 女								
	住 所	〒 電話番号												

申請の理由	<input type="checkbox"/> (1) 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡、または重篤な傷病を負ったため <input type="checkbox"/> (2) 新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の収入が前年と比べ一定以上の減少が見込まれるため 減少が見込まれる理由 <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; width: 500px; height: 150px; margin: 20px auto;"></div>
-------	--