

様式第1号（第6条関係）

介護保険料徴収猶予・減免申請書

年 月 日

沼田市長 様

申請者 住所
氏名 印
電話番号
被保険者との続柄 ()

次のとおり 年度分介護保険料の徴収猶予・減免を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

被 保 険 者	氏名				被保険者番号														
	住所																		
	生年月日				電話番号														
	主たる生計維持者	氏名																	
		住所																	
申 請 理 由	該当号数	(1) (2) (3) (4)				-----													

保 険 料	期別	区分	期別保険料	納期限	期別	区分	期別保険料	納期限											
			円				円												
			円				円												
			円				円												
添 付 書 類 数	該 当 号 数	(1)	○住宅・家財の罹災証明書等の写し ○保険金・損害賠償金額の分かる書類の写し																
		(2)	○主たる生計維持者の死亡診断書・入院証明書等の写し																
		(3)	○主たる生計維持者の事業廃止届出書・社会保険離脱証明証等の写し																
		(4)	○農作物の罹災証明書等の写し ○共済金等により補填てんされた金額の分かる書類の写し																