

介護保険料徴収猶予申請書

昭和町長 殿 猶予を受けようとする被保険者 住所 <hr/> 氏名 <hr/> 個人番号 <hr/> 連絡先 <hr/> 世帯の生計を主として維持する者 氏名 <hr/> 個人番号 <hr/> 連絡先 <hr/>	令和 年 月 日 申請者 <hr/> 住所 <hr/> 氏名 <hr/> 連絡先 <hr/> ※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所、 連絡先の記載は不要です。
下記のとおり、介護保険料にかかる徴収の猶予を申請します。 介護保険料は、猶予期間内に納付計画に沿って確実に納付します。	

納入の必要がある介護保険料額	被保険者番号	年度	期別	介護保険料の額	納期限	備考
当該猶予を受けようとする介護保険料額	被保険者番号	年度	期別	介護保険料の額	納期限	備考
猶予を受けようとする期間(最大6箇月)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 月間					
	(延長)令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 月間					
介護保険料の徴収猶予を必要とする理由						

納付計画(納付履行状況)

回数	納付計画			履行状況			
	年月日	期別	金額	年月日	期別	金額	確認
1							
2							
3							
4							
5							
6							