**（第１２条・１３条関係）**

**介護保険料減免・徴収猶予申請書**

**（宛先） 甲州市長**

 **次のとおり 介護保険料の減免・徴収猶予を申請します。**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **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は、「申請者住所」及び「電話番号」の欄は、記載不要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **被 保 険 者** | **被保険者番号** |  |
| **個人番号** |  |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  |
| **氏　　名** |  | **生年月日** |  **年　　月　　日** |
| **性　別** | **男　・　女** |
| **住　 所** | **〒** **電話番号** |

|  |  |
| --- | --- |
| **減免（徴収猶予）を受けようとする保険料の額及び納期限** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **減免（徴収猶予）を受けようとする理由** |  |