|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険料減免・徴収猶予申請書  　（あて先）白井市長  　次のとおり　　　　年度分介護保険料の減免・徴収猶予を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | | | | 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 | |  | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　月　日 | |  |
| 性別 | 男　・　女 | |
| 住所 | | **〒**  　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |